Lane Medical Library

KOMPLEMENTBINDINGS-REAKTIONEN VED GONORRHOE

EN KLINISK STUDIE

AF

AAGE KRISTJANSEN

NYT NORDISK FORLAG · ARNOLD BUSCK
KJØBENHAVN 1930

KOMPLEMENTBINDINGSREAKTIONEN
VED
GONORRHOE

Forsvaret finder Sted Torsdag d. 30. Oktober 1930 Kl. 2

i Universitetsannekset, Studiestræde 6, o. G.

KOMPLEMENTBINDINGS-REAKTIONEN VED GONORRHOE

EN KLINISK STUDIE

AF

AAGE KRISTJANSEN

NYT NORDISK FORLAG · ARNOLD BUSCK
KJØBENHAVN 1930

Denne Afhandling er af det lægevidenskabelige Fakultet antaget til offentlig at forsvares for den medicinske Doktorgrad.

København, den 14. Juli 1930.

K. K. K. Lundsgaard.
h. a. dec.

KROHNS BOGTRYKKERI
HARALD JENSENS BOGTRYKKERI
KØBENHAVN

FORORD

Dette Arbejde er bleven til under min fire-aarige Funktionstid som klinisk Assistent og 2. Reservelæge paa Universitetets dermatologiske Klinik paa Rigshospitalet.

Min Chef, Professor, Dr. med. *C. Rasch*, beder jeg modtage min ærbødige Tak for Tilskyndelsen til at tage det foreliggende Emne op til nærmere Behandling, og for den Velvilje og Interesse, Professoren har vist mine Undersøgelser.

En Forudsætning for mit Arbejdes Gennemførelse var en nøje Samvirken med Statens Seruminstitut. Jeg er Direktør, Dr. med. *Thorvald Madsen* megen Tak skyldig for den Beredvillighed, hvormed Instituttet har støttet mig i mit Arbejde. Med særlig Taknemlighed maa jeg nævne Afdelingsforstander, Dr. med. *Martin Kristensen*, hvis utrættelige, videnskabelige Forskerevner har været mig til saa stor Hjælp og paa mange Maader lettet mig Vejen.

Endelig maa jeg her mindes den Bistand, der er ydet mig fra forskellige Hospitalsafdelinger ved de talrige Blodprøver, der er stillet til min Disposition, og ved den ubegrænsede Adgang til Journalarkiverne. Herved muliggjordes en mere alsidig Belysning af mit Emne, end det vilde have været mig muligt, hvis jeg havde været henvist til en enkelt Specialafdelings Patientmateriale. For denne Imødekommenhed er det mig en kær Pligt at takke de paagældende Hospitalsafdelingers Chefer: Prof., Dr. med. *C. Lundsgaard*, Prof., Dr. med. *Axel Lendorf*, Prof., Dr. med. *V. Bie*, Overlæge, Dr. med. *O. Jersild* og Overlæge *R. Hertz*.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning 9

Kronologisk Literaturoversigt 13

Egne Undersøgelser over Komplementbindingsreaktionen ved den gonorrhoiske Infektion 71

a. Patientmaterialet 73
b. Komplementbindingsreaktionens Teknik 82
c. Komplementbindingsreaktionens Specifitet 87
d. Reaktionens Forhold ved Gonorrhoea antea 111
e. Reaktionens Forhold ved Gonorrhoea chronica 118
f. Reaktionens Forhold ved Gonorrhoea acuta 123

1. Uretritis anterior acuta hos første Gangs inficerede 124
2. Uretritis anterior acuta hos tidligere inficerede Patienter .. 128
3. Uretritis anterior + posterior hos første Gangs inficerede .. 130
4. Uretritis anterior + posterior acuta hos tidligere inficerede 133
5. Uretritis acuta med peri- og paruretrale Komplikationer .. 134
6. Uretritis acuta kompliceret med Epididymitis 135
7. Uretritis acuta kompliceret med Prostatitis 138
8. Artroitis gonorrhoica 142

g. Reaktionens Forhold ved Kvindegonorrhoeen 145

1. Den gonorrhoiske Kvinde-uretritis 146
2. Den gonorrhoiske Endometritis 147
3. Den gonorrhoiske Uretritis + Endometritis 148
4. Bartholinitis hos Gonorrhoepatienter 150
5. Adnekslidelser hos gonorrhoisk inficerede Kvinder 151
6. Kvindegonorrhoe af ukendt Lokalisation 157

h. Reaktionens Forhold ved Børnegonorrhoeen 159
i. Sammenfattende og afsluttende Bemærkninger 162
j. Udtog af Sygejournaler 167

Literaturfortegnelse 241

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154808_0004

INDLEDNING

Kampen mod de veneriske Sygdomme spiller i alle moderne Kulturlande en stor Rolle og har i de sidste Aartier været ført med megen Energi, ikke mindst i de allersidste Aar, efter at den store europæiske Krig havde foraarsaget en ganske utvivlsom Tiltagen af de veneriske Sygdomstilfældes Antal og en Udbredelse af disse Lidelser til Egne, hvor de tidligere var saa godt som usete. Paa Grund af de iøjnespringende og derfor almindeligt kendte skæbnesvangre Følger for Individ, som for Afkom og Samfund, der kendetegner Syfilis, naar denne Lidelse miskendes, eller dens Behandling vanrøgtes, er det i første Linje denne Sygdoms Bekæmpelse, man har sat Kræfterne ind paa, — og ikke uden Held. Det kan efter de senere Aars Statistiker næppe være Tvivl underkastet, at det aarlige Antal af friske syfilitiske Infektioner er i Aftagen. Foruden de almindeligt gennemførte, social-hygiejniske Forholdsregler maa dette tilskrives den nu til Dags mulige, langt mere effektive Terapi, hvis Resultater tilmed nu lader sig kontrollere rationelt, efter at det er lykkedes at paavise Sygdomsaarsagen — Spirochaete pallida — i de forskelligste af Sygdommens Manifestationer og at følge Infektionens Forløb og Helbredelse ved Hjælp af de syfilitiske Seroreaktioner.

Overfor den langt almindeligste Kønssygdom — Gonorrhoeen — stiller Forholdene sig anderledes. Dens direkte Følger ligger ikke i den Grad for Dagen, er ikke i den Grad alment kendte som den syfilitiske Infektions. Det har sikkert været til megen Ulykke, saavel for Individet som for Samfundet, at denne Lidelse sjældent er bleven vurderet efter Fortjeneste. Og dog har erfarne Klinikere forlængst gjort opmærksom paa den negligerede gonorrhoiske Infektions alvorlige Følgetilstande

og dens tvivlsomme Prognose. Selv *Ricord* fremhæver i »Lettres sur la syphilis«: le début de la blennorrhagie est connu, sa fin et ses conséquences sont toujours incertaines, — og det til Trods for, at *Ricord* som en af de første ivrigt forfægtede Gonorrhoeens Uafhængighed af Syfilis, og man af den Grund havde kunnet formode, at *Ricord* netop vilde lægge en vis Optimisme for Dagen ved Bedømmelsen af Gonorrhoeens Prognose. Fornylig (1929) erklærer *Janet:* man tager meget fejl, naar man betragter Gonorrhoe som en godartet Sygdom, som alle maa gennemgaa; man glemmer alle de tvivlsomme Komplikationer, den kan medføre, som forgifter manges Tilværelse, og som altfor ofte ødelægger den. Manden ringeagter Gonorrhoeen, fordi den kun dræber Kvinden(!). Og dog dræber den ogsaa Manden, enten direkte ved Gonokokæmi eller senere ved de Urinvejskomplikationer, den foraarsager. For Kvindens Vedkommende kan dens Misgerninger ikke tælles. Tre Fjerdedele af gynækologiske Affektioner skyldes Gonorrhoe. Øjeblikkelige alvorlige Komplikationer, senere »Chaiselongue-Tilværelsen«, endnu senere de syge Adneksers Eksstirpation, Sterileiteten, undertiden Døden, — saadan er mange inficerede Kvinders Fremtid, hvis de ikke i Begyndelsen af deres Sygdom behandles paa nødvendig Maade.

En Kendsgerning er det, at Statistiken Aar for Aar møder med et stadigt større Antal friske gonorrhoiske Infektioner. Ser man endda bort fra de fjernere — mer eller mindre invaliderende eller endog direkte livstruende — Følger af den komplicerede eller negligerede gonorrhoiske Infektion, saa repræsenterer alene den ukomplicerede, velbehandlede Gonorrhoe en saadan Sum af legemlige og sjælelige Lidelser for Individet, at Sygdommens ofte ikke ringe Rolle for Individets og Samfundets Økonomi endog maa komme i anden Række.

I Kampen mod den gonorrhoiske Infektion er Lægevidenskaben endnu ikke nær saa godt rustet som overfor den syfilitiske; man føler først og fremmest Mangelen af et Terapeutikum, der i Effektivitet kan sidestilles med Salvarsanets overfor Syfilis. Som Midlerne til Sygdommens Erkendelse for Syfilis' Vedkommende først maatte klarlægges, inden *Ehrlichs* eksperimentel-terapeutiske Arbejder muliggjordes, saaledes turde man ogsaa vente, at et forøget Kendskab til Gonorrhoeens Patologi

vilde kunne virke befrugtende paa Udarbejdelsen af en rationel Gonorrhoeterapi. I Virkeligheden betød det da ogsaa et Fremskridt i denne Henseende, da det var lykkedes at isolere Gonokokken; herved grundlagdes den videnskabelige Basis for Studiet af Sølvforbindelsernes antigonorrhoiske Egenskaber.

Et Skridt videre i Bekæmpelsen af den gonorrhoiske Infektion vilde være mulig, hvis man var i Besiddelse af en Seroreaktion, der som Wassermannreaktionen ved Syfilis vilde være i Stand til at paavise den gonorrhoiske Infektions Tilstedeværelse i Tilfælde, hvor vore andre Hjælpemidler svigter eller ikke giver sikre Oplysninger, og som vilde tillade at følge Infektionens Forløb og Helbredelse under en passende Behandling. At Grundlaget for en saadan Undersøgelsesmetode var til Stede, viste *Müller & Oppenheim* (1906), idet det lykkedes disse Forskere ved Hjælp af en Komplementbindingsreaktion at fastslaa, at en gonorrhoisk Infektion kan være ledsaget af Dannelsen af specifike Antistoffer i den paagældende Patients Blodserum.

Denne Reaktions videre Skæbne skal omtales i en udførlig Literaturoversigt. En Del, navnlig amerikanske Forfattere fandt Reaktionen særdeles anvendelig; andre frakendte den enhver praktisk som videnskabelig Værdi. I de skandinaviske Lande har kun *Vollmond* (1923) beskæftiget sig med Komplementbindingsreaktionens Værdi som klinisk Diagnostikum ved den gonorrhoiske Infektion. De paa et ret begrænset klinisk Materiale opnaaede Resultater var dog ikke i særlig Grad opmuntrende.

Fra bestandig flere udenlandske Klinikere og Serologer fremkom dog Arbejder, der nok kunde opfordre til at underkaste denne Reaktion en fornyet Gennemprøvning paa en bredere klinisk Basis.

Da Professor *C. Rasch* i Efteraaret 1926 tilskyndede mig til at tage Arbejdet op og udvirkede et intimt Samarbejde med Statens Seruminstitut, var det mig derfor en Glæde at følge Opfordringen og ved Hjælp af et stort klinisk Materiale at søge Rammerne fastlagt for den mulige Anvendelse af Komplementbindingsreaktionen i den gonorrhoiske Infektions Klinik.

Den nærmest forliggende Opgave blev det da at udarbejde en brugbar serologisk Metode. Literaturstudier viste, at den

ved den praktiske Udførelse af Reaktionen anvendte Teknik varierede overordentligt for de forskellige Forfatteres Vedkommende; man turde ikke give nogen enkelt af disse Fortrinet. Mange af de offentliggjorte Arbejder er Frugten af et Samarbejde mellem Klinikere og trænede Serologer. Heller ikke jeg mente at være tilstrækkelig fortrolig med den moderne Serologis tekniske Detailler. De tekniske Forstudier maatte derfor ske ved Hjælp af en paa dette Felt særlig kyndig Medarbejder, og jeg har her haft den Lykke at kunne ty til Afdelingsforstander ved Statens Seruminstitut, Dr. med. *Martin Kristensens* store Kundskaber og rige Erfaring. Resultaterne af vore indledende Forsøg over Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe foreligger i to Meddelelser: *Aage Kristjansen & Martin Kristensen:* Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe, Nordisk dermatologisk Forenings 7. Møte, Oslo 29. Maj—31. Maj 1928, og *Martin Kristensen & Aage Kristjansen:* Lidt om Komplementbindingsreaktionen for Gonokok- og Meningokokinfektioner, Ugeskrift for Læger, 90. Aargang, Side 973, Aar 1928. Desuden fremkom i Januar 1930 i Acta pathologica et microbiologica scandinavica en udførlig Redegørelse af Dr. *Martin Kristensen* (Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe (Technik)) for, hvorledes vi er naaet til den Teknik, der ligger til Grund for mine Undersøgelser, og som jeg i det følgende skal skildre i et særligt Kapitel.

Min Opgave i det foreliggende Arbejde bliver da at søge at klarlægge Sagens kliniske Side; om Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe — foretaget med den udarbejdede Teknik — er anvendelig i den kliniske Diagnostik, og i bekræftende Fald at drage Grænserne for dens Anvendelighed.

KRONOLOGISK LITERATUROVERSIGT

Den første Meddelelse om, at det var muligt ved Hjælp af Komplementbindingsmetoden at paavise specifike Antistoffer i Serum fra en med Gonorrhoe inficeret Patient, skyldes *Müller & Oppenheim*, der i Wiener klinische Wochenschrift, 1906, Nr. 29, kortelig gjorde Rede herfor. *Wassermann & Brucks* serologiske Arbejder havde indgivet *Müller & Oppenheim* den Tanke at forsøge Komplementbindingsmetoden ogsaa ved den gonorrhoiske Infektion. Som hæmolytisk Serum anvendtes Serum fra en Kanin, der gennem flere Uger var sensibiliseret ved intravenøse Injektioner af sterilt, vasket Okseblod. Marsvineserum anvendtes som Komplement. Antigenet fremstilledes ved Opslemning af flere 48 Timer gamle Gonokokkulturer, der var dyrkede paa Serumagar ved 37°; Opslemningen rystedes godt og centrifugeredes derpaa længere Tid, indtil den over Bundfaldet staaende Vædske var let uklar og fuldstændigt befriet for synlige faste Bestanddele. Patientens Serum inaktiveredes ved ½ Times Opvarmning til 55°. 1 Draabe Patientserum, blandet med 1 Draabe Gonokokopslemning og 1 Draabe Komplement, henstilledes ½ Time i Termostat, hvorefter tilsattes 5 Draaber af en 5 % Okseblodsopslemning, samt $^1/_{100}$ Draabe af det med Okseblod sensibiliserede Kaninserum; derefter atter ½ Times Henstand i Termostat.

Ved denne Teknik opnaaedes Hæmolysehæmning ved Anvendelse af Serum fra en Patient, der behandledes for Uretritis posterior acuta, Prostatitis catarrhalis, Artroitis gonorrhoica. Artroiten havde bestaaet i fire Maaneder, men Patienten havde lidt af Urinbesværligheder i tre Aar og haft Uretritis allerede for syv Aar siden. Derimod indtraadte Hæmolysen i fem Kon-

trolglas, i hvilke det undersøgte Serum hidrørte fra ikke-gonorrhoiske Patienter (Børn). Udelodes Komplement eller det hæmolytiske Serum af Blandingen, fandtes ingen Lysis.

Hermed var altsaa Tilstedeværelsen af et specifikt Antistof i Serum fra en af Artroitis gonorrhoica lidende Patient uigendriveligt bevist.

Faa Uger senere meddelte *Bruck* (1906), at det ved Komplementbindingsforsøg var lykkedes ham hos 2 af 6 Patienter med sikkert gonorrhoiske Adnekslidelser at paavise specifike Immunstoffer i Blodet. Tillige viste Serum fra en Patient, der for fjerde Gang havde Gonorrhoe, og som ved de tre sidste Infektioner havde haft komplicerende gonorrhoiske Iridocykliter og Epididymiter, stort Indhold af specifike Antistoffer (Amboceptorer) mod Gonokokker. »Nogle« Tilfælde af Epididymitis og kronisk Gonorrhoe gav derimod stadig negative Resultater. *Bruck* fremhæver, at der ikke er fundet Holdepunkter for, at den menneskelige Organisme reagerer paa simple, ukomplicerede Gonokokinfektioner med nogen som helst Immunitetsreaktion. Først ved længerevarende, sværere og almene Gonokokinvasioner synes hin Irritation af Organismen at udløses paa tilstrækkelig Vis, som hvis Følge Antistoffernes Optræden i Blodet maa anses.

Endnu samme Aar (1906) meddeler *Vannod* ved Komplementbindingsforsøg at have paavist den utvivlsomme Tilstedeværelse af specifike Immunstoffer i Sera af tre Kaniner, der var immuniserede med Gonokokker, hvorimod normalt Kaninserum gav komplet Hæmolyse under samme Betingelser. De undersøgte Gonokoksera gav ikke Komplementbinding ved Anvendelse af et Meningokokantigen. Heller ikke gav Meningokok-Kaninsera Komplementbinding ved Anvendelse af et Gonokokantigen, altsammen i Modsætning til Agglutinationsforholdene (*Vannod* fandt stærk Gruppeagglutination af Gonokokker og Meningokokker). Komplementbindingsmetoden er derfor ved disse Infektioner Agglutinationen overlegen i diagnostisk Henseende.

Til et noget andet Resultat kom *Wollstein* (1907). Serum fra en med Gonokokekstrakt immuniseret Kanin viste, at Amboceptorerne bandtes i lige Grad ved Anvendelse af Gonokok- som Meningokokantigener; Komplementbindingsmetoden var

altsaa ikke specifik. Der anvendtes Hønseblodlegemer til Sensibilisation i det hæmolytiske System.

En anden Kanin immuniseredes med Gonokokekstrakt + Gonokokkultur. Dennes Serum viste sig selvhæmmende ved Anvendelse af Marsvinekomplement, men ikke med Kaninkomplement. Ved Titrering fandtes meget stærkere Binding til Gonokokantigenet end til Meningokokantigenet.

Serum fra en tredie med levende Gonokokker immuniseret Kanin gav endnu Komplementbinding for Gonokokker i Serumfortynding 1 : 10,000, for Meningokokker kun i Fortynding 1 : 2000. Ved disse høje Fortyndinger fandtes altsaa tydelig Forskel mellem Gonokok- og Meningokokantigenerne, medens disses Bindingsforhold forløb parallelt, indtil Fortynding 1 : 2000 var naaet.

Meningokokimmuniseret Hesteserum gav positiv Komplementbinding, lidt stærkere med Meningokok- end med Gonokokantigen, men Forskellen var meget ringe.

De i immuniserede Dyr udviklede Amboceptorer syntes altsaa for Størstedelen at være fælles for Meningokokker og Gonokokker. Hverken andre gramnegative Kokker eller Streptokokkus pyogenes fandtes at have Receptorer fælles med Meningokokker eller Gonokokker.

Teague & Torrey (1907) undersøgte ved Komplementbindingsforsøg forskellige (A-B-C-D-F-G-H-I) Gonokokstammers immunisatoriske Forhold. Det viste sig ved Kaninforsøg, at A- og B- Gonokokimmunsera var praktisk identiske i deres Antistoffer; C-Gonokokimmunserum ligner A- og B-sera, men har intet til fælles med G-, H- og I-sera. F-serum er det mest »generelle«, idet dette Immunserum gav Komplementbinding med samtlige Gonokokantigener i Fortynding 1 : 200. Da saaledes Gonokokfamilien er temmelig heterogen, maa det mistænkte Serum — naar Komplementbindingsmetoden anvendes diagnostisk — prøves overfor forskellige Antigener af udvalgte Gonokokstammer, før Resultatet erklæres for negativt.

Meakins (1907) fandt med en Gonokokemulsion som Antigen Komplementbindingsreaktionen positiv i Serumfortyndingerne 1 : 40 og 1 : 80, ja endog 1 : 160. Det drejede sig om Sera fra fem komplicerede Gonorrhoetilfælde hos Mænd (tre Artroiter og to Prostatiter, alle af 3—6 Maaneders Varighed). To

Kontrolsera gav ingen Komplementbinding. Metodens Fortrin fremfor Præcipitinreaktionen fremhæves; den frembyder store Muligheder ved Undersøgelsen af særlige Tilfælde, men tekniske Vanskeligheder kunde tænkes at forhindre dens Anvendelse som Rutinemetode.

Lignende Slutninger drages af *Albarran & Jungano* (1907). Metodens Fortræffelighed erkendes, men Forfatterne er overbeviste om, at den maa forblive en Laboratoriemetode, da den i Praksis giver Anledning til Vanskeligheder, som kunde give falske Resultater. *Albarran & Jungano* havde foretaget Komplementbindingsforsøg i fem Tilfælde, de fire med positive Resultater (1 Rheumatismus gonorrh., 1 Abscessus prostatæ, 1 Abscessus gland. Cowperi og 1 »Urétére-cystit avec urétére-pyelite«). Een Patient med purulent Prostatitis uden Abscesdannelse gav ingen Komplementbinding. — Reaktionen tænkes at blive positiv saavel ved generel Infektion som ved lokal Infektion med rigelig Absorption af toksiske Produkter. Ved kroniske Uretriter og Epididymiter er det Forfatterens Overbevisning, at man intet vil kunne opnaa, da »Gonokokkerne i disse Tilfælde forlængst er forsvundne«. Derimod vil man kunne faa at vide, om kroniske Affektioner hos Kvinder er gonorrhoiske, da Gonokokkerne synes at kunne leve meget længere i latent Stadium i de kvindelige Genitalorganer.

Krumbein & Schatiloff (1908) fandt, at Komplementbindingsreaktionen med Meningokokantigen overfor Meningokoksera var strengt specifik, idet Antigener tilberedt af Stafylokokker, Streptokokker eller Mikrokokkus catarrhalis ikke foraarsagede Komplementbinding med et Meningokokserum. Heller ikke gav Gonokok-, Streptokok- eller Kolerasera Komplementbinding ved Anvendelse af et Meningokokantigen.

Et betydningsfuldt eksperimentelt Arbejde meddeltes 1910 af *Watabiki*, der havde foretaget Komplementbindingsundersøgelser, dels paa Menneskesera, dels paa Kaninsera, idet Dyrene immuniseredes stærkt, først ved intravenøse Injektioner af døde Gonokokkulturer, derefter ved Injektion af levende Gonokokkulturer intraperitonealt; efter fem Inokulationer var Dyrene helt immuniserede. Normale Kaninsera viste samme Forhold overfor Komplementbinding for Gonokokker som normale Menneskesera. Ved Forsøg med otte forskellige (A—H) Gono-

kokstammer (samt Meningokokker og Colibaciller) mente *Wa-tabiki* kun at kunne adskille to forskellige Gonokokgrupper, og der var endda ingen distinkt Adskillelse imellem disse to; det synes, at Gonokokkerne ikke har mange Typer, »jeg har kun fundet en komparativ Forskel mellem Gonokokkerne«. — Gonorrhoepatienters Sera indeholder specifike Antistoffer; i kroniske Tilfælde er Komplementbindingens Resultater som Regel positive. Af seks Gonorrhoetilfælde gav tre — kroniske — positiv Komplementbinding, eet kronisk og to akute Tilfælde ingen Komplementbinding. Sera fra Patienter med andre Sygdomme gav ingen Komplementbinding. Meningokoksera gav kun positiv Komplementbinding med Meningokokantigen, ingen Komplementbinding med Gonokokantigen. Alle Gonokoksera gav stærkere Komplementbindingsreaktion med Gonokokantigen end med Meningokokantigen. Det var derfor ikke vanskeligt at adskille Gonokok- og Meningokokinfektioner ved denne Metode. Der fandtes intet Forhold mellem Komplementbindings- og Agglutinationsreaktionerne.

Overensstemmende hermed erklærer *Martin* (1910): »Jeg kan bekræfte, at Komplementbindingsmetoden kan gøre Nytte ved Adskillelsen mellem Gonokokker og Meningokokker«.

I Arbejder fra 1908 og 1910 viste *Torrey*, at Gonokokgruppen er heterogen; der eksisterer en radikal Forskel mellem »Type I«s og »Type II«s Antigen + komplementbindende Antistof, saaledes at de to Typer ikke reagerede indbyrdes ved Komplementbindingsforsøg; ogsaa de baktericide Antistoffer er af forskellig Karakter (1908).

Et Gonokokimmunserum kan indeholde komplementbindende Stoffer og dog ganske mangle baktericide Immunstoffer. Paa den anden Side kan disse Forhold være direkte omvendte, idet et andet Immunserum kan hidføre specifik Bakteriolyse, men ingen Komplementbinding. Herefter synes det nødvendigt at antage, at Bakteriolyse- og Komplementbindingsfænomenerne ikke er afhængige af et og samme Antistof, men at et Dyrs Organisme kan stimuleres saaledes, eller være i en saadan Tilstand, at det aktive Stof i en af disse Reaktioner kan produceres uden det andet. Det lykkedes ikke at isolere et enkelt af disse Antistoffer, da de viste sig praktisk lige modstandsdygtige overfor Varme og Autolyse (1910).

Foix & Salin (1910) anvendte med Held Komplementbindingsmetoden i Kliniken:

	Antal Tilfælde.	+ Komplementbinding.
Uretritis gon.	12	11
Sandsynligvis gonorrhoiske Salpingiter	6	6
Rheumatismus gon.	8	7 (1 tvivlsom +)
Monartroitis gon.	8	8

Ingen tuberkuløse, syfilitiske eller deformerende Artroiter gav positiv Komplementbinding. — Komplementbindingsmetoden tillader at fæste den gonorrhoiske Oprindelse paa visse Artroiter og Salpingiter, hvor den ætiologiske Diagnose ved de kliniske Midler alene er tvivlsom. Det synes derimod, at man har Ret til at benægte den gonorrhoiske Ætiologi af den kroniske deformerende Artroitis.

Det første større kliniske Arbejde over Komplementbindingsmetoden skyldes *Vera Dembska* (1910), der undersøgte 100 Sera fra Kvinder. I teknisk Henseende bør bemærkes, at der som Antigen anvendtes en Opslemning af levende Gonokokker i fysiologisk Saltvand. Ved akute Uretriter, Vaginiter og Bartholiniter fandtes næppe antydet Hæmolysehæmning; var Adnekser og Peritoneum medangrebet, fandtes sædvanligvis en tydelig udtalt positiv Komplementbindingsreaktion; havde disse Lidelser bestaaet i over to Uger, fandtes stærkt positiv Reaktion. Serum fra en Gonorrhoepatient prøvedes dels med Gonokokantigen, der gav stærkt positiv Komplementbinding, og med Streptokokantigen, der ikke gav Komplementbinding. Sera fra skarlatinøse og puerperale Patienter gav en let Hæmolysehæmning, men kun i Serumfortynding 1 : 5 eller 1 : 10; gonorrhoiske Sera gav tydelig Komplementbinding i Fortynding 1 : 90 eller 1 : 140. Man kan derfor ikke frakende denne Reaktion en vis Specifitet, og den fortjener fuldtud at betragtes som et Hjælpemiddel til Diagnosen. — Ved de seropositive Tilfælde saas Virkning af Vakcinebehandling; herunder steg Antistofmængden i Blodet; bagefter faldt den jævnt for til Slut ganske at forsvinde.

Colombo (1911) undersøgte atter Komplementbindingens

Ydeevne overfor Adskillelsen mellem Meningokok- og Gonokoksera og fandt, at den ikke byder tilstrækkelig Sikkerhed: i Gonokok- og Meningokoksera findes ikke altid specifike Amboceptorer; der kan paavises Amboceptorer, der reagerer paa samme Vis med Gonokok- som med Meningokokantigen. Til Forsøgene anvendtes Sera fra immuniserede Muldyr.

Heller ikke *Arkwright* (1911) lykkedes det at paavise nogen tilstrækkelig Forskel paa Meningokok- og Gonokoksera ved Hjælp af Komplementbindingsreaktioner: som Regel reagerer et monovalent Serum bedre med Ekstrakt af dets homologe Kokkus end med Ekstrakter af andre Meningokok- eller Gonokokstammer; men undertiden giver et Gonokokekstrakt bedre Reaktion med et Meningokokserum, end det homologe Meningokokekstrakt gør. Hvad Komplementbinding angaar, er Gonokoksera og -ekstrakter i det hele mere potente end de tilsvarende Meningokokprodukter.

I 1911 fremkom endnu et meget betydningsfuldt Arbejde over Komplementbindingsreaktionen i Kliniken af *Schwartz & McNeil*. Betydningen af Anvendelsen af polyvalente Antigener fremhæves heri: et polyvalent Antigen giver ofte positiv Komplementbinding, naar et monovalent Antigen ikke gør det; et monovalent Antigen vil give mange negative Resultater, der burde være positive. Et 12-valent Antigen syntes at give bedre Resultater end et 6-valent. Af og til vil man ogsaa ved Anvendelsen af polyvalent Antigen faa negative Resultater med sikre Gonokoksera, men Forfatterne mener dog, at et polyvalent Antigen vil give positivt Resultat i det store Flertal af gonorrhoiske Infektioner.

Ogsaa Sera af Dyr, der var immuniserede med Bacillus typhi, dysenteriæ, difteriæ, pyocyaneus, tetani samt Streptokokker og levende og døde Meningokokker undersøgtes; ingen af disse gav Komplementbinding for Gonokokker. Ligeledes fandtes negative Resultater ved Undersøgelse af Sera fra Patienter med Pneumokok- og Mikrokokkus catarrhalis-Infektioner. Derimod fandtes positiv Komplementbindingsreaktion ved Undersøgelse af Flexners Serum antimeningococcicum.

I alt undersøgtes Sera fra 324 Individer, Resultaterne fremgaar af nedenstaaende Skema:

	+ Kplbr.	÷ Kplbr.	% Antal +
Akut gon. Uretrit:			
af 3—21 Dages Varighed	0	5	0
af ukendt Varighed	1	0	100
Akut Uretrit (÷ Gonokokker)	0	1	0
Kronisk Uretrit (Gon. i Anamnesen):			
Gonokokker paavist	4	0	100
Gonokokker ikke paavist	28	9	80
ikke bakteriologisk undersøgt ..	7	1	90
Gonorrhoeen tvivlsom	1	3	25
Kronisk Prostatit:			
Gon. i Anamnesen; Gonokokker ikke paavist	17	8	68
Anamnesen tvivlsom	1	1	50
Sterilitet (Gon. i Anamnesen)	1	2	33
Epididymit:			
Gon. i Anamnesen	2	1	66
Gon. benægtes	1	3	25
»Verumontanum cases«:			
Gon. i Anamnesen; Gonokokker ikke paavist	12	6	64
Anamnesen tvivlsom	2	4	66(?)
Forskellige Lidelser uden anamnestisk eller klinisk Gonorrhoe	0	21	0
Tidligere Gonorrhoe; en Del med ubestemte Symptomer paa Gonorrhoe	22	30	43
Vakcinebehandlede Gonorrhoetilfælde	7	0	100

	+Kplbr.	÷Kplbr.	%-Antal +
Ledtilfælde:			
gonorrhoiske	14	0	100
muligt gonorrhoiske	5	5	50
andre Ledlidelser	0	6	0
Gravide fra offentlig Fødselsstiftelse	15	23	39
Gynækologiske Tilfælde:			
Gon. paavist eller formodet ..	23	6	79
Gon. ikke paavist eller oplyst ..	10	20	33

Forfatterne er af den Mening, at Komplementbindingsreaktionen vil finde sin Plads i den kliniske Patologi som Hjælp til Differentialdiagnosen af forskellige kroniske Tilfælde. Ved akut gonorrhoisk Uretritis anterior er Reaktionen negativ. En positiv Komplementbindingsreaktion kan afgøre Spørgsmaal: reumatisk eller gonorrhoisk Artroitis? Hos gravide vil en positiv Reaktion henlede Opmærksomheden paa Nødvendigheden af den profylaktiske Behandling af den nyfødtes Øjne. Alle vakcinebehandlede Tilfælde giver Komplementbindingsreaktion. Den negative Komplementbindingsreaktions Værdi kan først afgøres ved fortsatte Undersøgelser. En positiv Komplementsbindingsreaktion synes at lade formode Nærværelsen af et stadig aktivt, levende Gonokokfokus i Legemet, da Sera fra vakcinebehandlede Patienter fire Maaneder efter Behandlingens Ophør atter giver negative Komplementbindingsreaktioner, og da positivt reagerende Gonorrhoepatienter efter fire til fem Maaneders Behandling atter bliver seronegative. Tilsyneladende helbredte Patienter med positive Komplementbindingsreaktioner maa derfor anses for smittefarlige.

Det følgende Aar (1912) uddybede *Schwartz* og *Schwartz & Mc Neil* deres Undersøgelser. *Schwartz* gjorde Komplementbindingsreaktion paa Sera fra 110 Patienter med forskellige Artroitistilfælde:

	Antal Tilf.	+ Kplbr.	%-Antal +
Artroitis gon. (Gonokokker paavist)	17	16	94
» » (vakcinebehandlede)	10	10	100
» » (Gonokokker ikke paavist)	13	9	69,2
» deformans	15	0	0
Febris reumatica	23	0	0
» » + Gonorrhoe	3	3	100
Artroitis af ukendt Ætiologi	18	10	55,5
Andre Ledlidelser (Artr. urica, Syf., Tub.)	11	0	0

Komplementbindingsreaktionen fandtes tidligst positiv omkring Begyndelsen af Infektionens fjerde Uge. En positiv Reaktion er et absolut Tegn paa, at der er en Gonokokinfektion et Sted i Legemet; dog svinder Komplementbindingsreaktionen først 6—8 Uger efter at Toksindannelsen er ophørt. Manglende Komplementbindingsreaktion udelukker ikke gonorrhoisk Infektion; paa den anden Side er Komplementbindingsreaktionen positiv i et vist Antal Tilfælde, hvor den bakteriologiske Undersøgelse svigter.

Som Resultat af *Schwartz & Mc Neil*'s Undersøgelser fremgik: en positiv Komplementbindingsreaktion kan først forventes omkring Infektionens fjerde Uge, og da kun i akute Tilfælde med en eller anden Komplikation; herigennem kunde Komplementbindingsreaktionen muligt faa forensisk Betydning. Hvis en Patient endnu 8 Uger efter tilsyneladende klinisk Helbredelse giver positiv Komplementbindingsreaktion, bør Patienten anses for stadig at huse Gonokokker. Komplementsbindingsreaktionens Teknik er simplere end Tekniken ved Gonokokkernes Isolation i Kultur, og Mulighederne for Fejltagelser er færre. I Tilfælde af positiv Komplementbindingsreaktion og negativt bakteriologisk Fund, maa Seroreaktionen anses for fuldt ud afgørende. Hvis Komplementbindingsreaktionen er negativ og det bakteriologiske Fund positivt, maa dette kun anses fuldt ud overbevisende, hvis Gonokokkerne er isolerede ved Kultur. Efter at Meningitissera ved fortsatte Undersøgelser stadig har givet negativ Komplementbindingsreaktion, maa denne endog anses for mere specifik end Wassermannreaktionen; den er en

sand Antigen-Antistofreaktion. En negativ Komplementbindingsreaktion er vel ikke ensbetydende med Ikke-Gonorrhoe, men den er dog mere værdifuld end en negativ Wassermannreaktion. — Blandt 165 Patienter, der i mindst tre Maaneder havde været klinisk helbredte, fandtes i 22 Tilfælde (13,2 %) positiv Komplementbindingsreaktion, hvad der antages at svare meget godt med Antallet af kliniske Fejltagelser i saadanne Tilfælde. — Kvinder med gonorrhoisk Uretritis, Paruretritis eller Bartholinitis gav sædvanligvis ingen Komplementbindingsreaktion; heller ikke de 10 undersøgte Børn med gonorrhoisk Vulvovaginitis gav Komplementbindingsreaktion. Det mentes, at en Medliden af Cerviks uteri var nødvendig for at finde positiv Komplementbindingsreaktion ved Kvindegonorrhoeen.

Ogsaa *Lenartowicz* (1912) fandt Komplementbindingsreaktionen specifik. Sera fra 22 Ikke-Gonorrhoikere gav intet Spor af Hæmolysehæmning; heller ikke 7 ukomplicerede Gonorrhoetilfælde gav Hæmning. Derimod fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv i 60,4 % af samtlige — 96 — komplicerede Gonorrhoeinfektioner; for de forskellige gonorrhoiske Lokalisationer fandtes følgende Talværdier:

	Antal Tilf.	Antal +Kplbr.	%-Antal +Kplbr.
Adneksbetændelse	12	10	83,3
Artroitis	25	20	80
Epididymitis	44	23	52,2
Bartholinitis	12	23	25
Paruretralabsces	2	1	
Bubo gon.	1	0	

Positivt Udfald kan hyppigst ventes i de Tilfælde af kompliceret Gonorrhoe, i hvilke Sygdommen foraarsager alvorlige eksudative Forandringer (Perimetriter og Artroiter), altsaa netop ved de gonorrhoiske Lidelser, hvor de kliniske Symptomer saa ofte ikke kan skaffe os fuld Vished om vor Diagnoses Rigtighed.

Watson (1912): Komplementbindingsreaktionen er af afgjort Værdi som Hjælp til Diagnosen ved kroniske gonorrhoiske Infektioner, selv om dens Brugbarhed er underkastet visse Begrænsninger.

Gardner & Clowes (1912) udførte 106 Komplementbindingsreaktioner; der skelnedes mellem tre Reaktionsstyrker (+, ++, +++); kun ++ og +++ Reaktionerne ansaas for bevisende for gonorrhoisk Infektion, medens en + Reaktion, der ikke bekræftes ved kliniske Data, »ikke skal tages mere alvorlig end en tilsvarende (enkelt +) Wassermannreaktion«.

Schmidt (1912) undersøgte i privat Praksis 103 Patientsera. 34 Personer, der saavel klinisk som anamnestisk maatte anses for Ikke-Gonorrhoikere, gav ingen Komplementbindingsreaktion. Heller ikke 3 Første-Gangs-Gonorrhoikere i Sygdommens anden Uge gav Komplementbindingsreaktion. Af 24 Patienter med Gonorrhoea chronica (de fleste komplicerede med Prostatitis eller Epididymitis) gav 17 positiv Komplementbindingsreaktion. Hos alle 24 Patienter var Gonokokker paavist indenfor 30 Dage før Blodundersøgelsen. Af 42 Personer, der for 1 til 30 Aar siden havde haft Gonorrhoe, gav 5 positiv Komplementbindingsreaktion, hvilket giver Forfatteren Anledning til at bemærke, at dette Procentantal (11,9) synes at vise, at Antallet af dem, der forbliver infektiøse gennem lang Tid, er langt mindre end tidligere antaget.

Eet Tilfælde af Chorioiditis samt Prostatitis chronica gonorrhoica behandledes af *Vandegrift* (1912) med Vakcine. Komplementbindingsreaktionen viste sig stærkt positiv før Vakcineterapien; tre Maaneder efter denne var Komplementbindingsreaktionen svagt positiv; endnu een Maaned senere fandtes ingen Komplementbindingsreaktion.

Lederer (1912), der som Antigen anvendte Arthigon, fandt sjældent positiv Komplimentbindingsreaktion ved ren Uretritis anterior, forholdsvis hyppigt positiv Reaktion ved Uretritis posterior, og næsten altid positiv Reaktion ved akute Epididymiter og Prostatiter. Komplementbindingsreaktionen anbefales som værdifuldt Diagnostikum ved gonorrhoiske Komplikationer og ved Adnekslidelser.

I Arbejder fra 1912 og 1913 studerer *McDonagh* (*M' Donagh*) *& Klein* i Særdeleshed forskellige Antigeners Brugbarhed og forsøger at regulere den antigonorrhoiske Vakcinebehandling ved Hjælp af samtidige Komplementbindingsundersøgelser; de fandt et konstant Forhold mellem et Antigens Brugbarhed i Komplementbindingsforsøg og det samme Anti-

gens terapeutiske Virkning som Vakcine. Der anvendtes et 15-valent Antigen; nogle Gonokokstammer var bedre egnet til Antigenfremstilling end andre, prøvet overfor det samme gonorrhoiske Serum. Serum fra en Patient med gonorrhoisk Artroit gav stærkere Komplementbindingsreaktion med forskellige andre Antigener end med Autoantigenet! Det kliniske Sygdomsbilledes Alvorlighed tillader ingen Slutninger om de paagældende Gonokokkers Anvendelighed som Antigen og Vakcine: det virksomste Antigen og den mest effektive Vakcine hidrørte fra en let forløbende Uretritis anterior, hvorimod det fra et dødeligt forløbende Septikæmitilfælde stammende Antigen slet ikke var aktivt. Arthigon havde meget ringe Egenskaber som Vakcine; heller ikke til Komplementbindingsforsøg var det anvendeligt, da det — per se — bandt store Mængder Komplement. Gonargin viste sig at indeholde Antigen, men slet ikke i samme Mængde som frisk præparerede Gonokokemulsioner. Størsteparten af Gonorrhoetilfælde med metastatiske Læsioner (i alt 20, specielt Artroiter) gav positive Komplementbindingsreaktioner, som Regel stærkt positive. En mindre Part gav svag eller ingen Reaktion; i disse sidste Tilfælde indtraf dog sædvanligvis før eller senere i Sygdommen en positiv eller svagt positiv Reaktion. Eksudatet fra tre gonorrhoiske Ledtilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion (to stærkt positive, eet tvivlsomt positiv). To sterile gonorrhoiske Eksudater prøvedes som Antigen i Komplementbindingsforsøg overfor et sikkert gonorrhoisk Serum; der fremkom ingen Reaktion, selv naar Eksudatet tilsattes ufortyndet. Sera, der giver tvivlsomme eller negative Komplementbindingsreaktioner, kan — hvis Patienterne vakcinebehandles — blive positivt reagerende; hos normale eller ikke-gonorrhoiske Individer giver Vakcineinjektioner ikke Anledning til positive Komplementbindingsreaktioner.

Ogsaa *Finkelstein & Gerschun* (1913) fandt, at Vakcinebehandling forøger Komplementbindingens Styrkegrad. Et med Antiformintilsætning tilberedt Antigen gav langt bedre Resultater end vandigt Antigen: af 34 akute Uretritistilfælde gav 23,5 % positiv Komplementbindingsreaktion med Antiformin-antigen, 13,7 % positiv Reaktion med vandigt Antigen; ved 58 kroniske og subakute Uretritistilfælde var Komplementbin-

dingsreaktionen positiv i hendeholdsvis 100 % og 44,3 %. Speci= fiteten viste sig absolut, prøvet overfor 31 Sera fra Patienter med Syfilis, Tuberkulose eller Ulcera venerea. — Ved Anven= delse af et Streptokokantigen overfor 25 sikre Gonorrhoesera fandtes ingen Komplementbinding. Der konkluderes, at Kom= plementbindingsreaktionen har en utvivlsom diagnostisk Be= tydning ved kronisk Gonorrhoe, forudsat at der benyttes Antiformin=antigen. Komplementreaktionen vilde — bortset fra dens teoretiske Interesse — faa afgjort klinisk Betydning, naar den blev gennemprøvet med ensartet Metodik paa et stort klinisk Materiale.

Irons (1913) anser Komplementbindingsreaktionen for den mest tilfredsstillende Metode til at maale Antistofindholdet i Patienters Sera. Dette er underkastet udtalte Svingninger, ofte indtraf disse uden nogen som helst klinisk Forklaring. — Posi= tive Resultater har stor diagnostisk Betydning, men det er endnu ikke muligt at anvende serologiske Data til Afgørelse af, hvornaar Infektionen er helbredt.

Derimod antager *Sommer* (1913), at Komplementbindings= reaktionen aldrig vil vinde stor praktisk Betydning til Trods for dens Specifitet, da den fordrer serologisk Uddannelse og megen Tid; den vil forblive forbeholdt Klinikernes og de store Hospitalers Laboratorier.

Hastings (1913) fandt ved Komplementbindingsforsøg og Vakcinebehandling Støtte for Formodningen om, at nogle Til= fælde af Artroitis chronica deformans er af infektiøs Natur, og at Infektionen kan være foraarsaget af Streptokokkus viridans eller Gonokokken. Blandt 24 Tilfælde af »typisk Artroitis defor= mans« gav 12 ingen Komplementbinding, uanset om der an= vendtes syfilitisk, Gonokok=, Streptokok= eller Stafylokok=Anti= gen. 6 Tilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion med Streptokokkus viridans=Antigen; eet af disse gav desforuden Komplementbinding med et Gonokokantigen. 4 Sera gav positiv Komplementbindingsreaktion med Gonokokantigen, eet af disse ogsaa med Streptokokantigenet. — Desuden gav 3 Tilfælde af »infektiøs deformerende Artroitis« positiv Komplementbindings= reaktion for Gonokokker.

McNeil (1913) fandt positiv Komplementbindingsreaktion i 8 Sera fra Børn, der for eet til tre Aar siden havde været

lidende af gonorrhoisk Vulvovaginitis; i de 4 Tilfælde endda stærkt positiv Reaktion. Kun 2 af Børnene havde endnu Udflod. Heraf sluttes, at den infantile Vulvovaginitis kan være mere end en simpel lokal Infektion, og at Infektionen kan være aktiv, selv efter at alle lokale Manifestationer har tabt sig.

Ved Undersøgelse af 27 Børn i Alderen 1¼—13 Aar alle lidende af formentlig gonorrhoisk Vaginitis, kom *Sharp* (1914) til et noget andet Resultat. Komplementbindingsreaktionens Værdi syntes under disse Forhold begrænset, da den kun fandtes positiv i 9 af de 15 Tilfælde, der undersøgtes serologisk, idet den kun fandtes positiv, naar Immunisationskurven var paa sit højeste. De positive Reaktioner fandtes fortrinsvis hos Tilfælde, der var mindre end tre Maaneder gamle, de negative væsentligst i ældre Tilfælde (hvad dog ikke synes at stemme med det anførte Skema, ifølge hvilket 5 af de seronegative Tilfælde er mindre end tre Maaneder gamle). — Som Kriterium for Sygdommens Helbredelse har Komplementbindingsreaktionen ingen Værdi, da den i 5 Tilfælde svandt trods Gonokokkernes stadige Tilstedeværelse. I det hele syntes Reaktionen at svinde i Løbet af faa Maaneder, hvad enten Gonokokker endnu var paaviselige eller ej. — I 2 formentlig gonorrhoiske Tilfælde var saavel Komplementbindingsreaktionen som Kutanreaktionerne positive trods negative Kulturforsøg (ved direkte Mikroskopi fandtes dog »muligvis + GK«). I 22 Tilfælde isoleredes Gonokokkerne efter eet eller flere Kulturforsøg. Nogle af Kulturerne prøvedes yderligere med positivt Resultat som Antigen i et Komplementbindingsforsøg overfor et Serum, der havde fikseret Komplement med et kendt Gonokokantigen.

Kun i 16 af 137 Tilfælde (11,7 %) af kompliceret Gonorrhoe lykkedes det *Bruhns* (1914) at finde positiv Komplementbindingsreaktion; 32 Ikke-Gonorrhoikere gav ingen Komplementbinding. Det i Sammenligning med tidligere Undersøgere betydeligt mindre Procentantal positive Reaktioner menes at maatte tilskrives de forskellige Antigener, der er bragt i Anvendelse (i *Bruhn's* Tilfælde Arthigon). — Selv ved kompliceret Gonorrhoe kan Komplementbindingsreaktionen kun forventes positiv i en vis Brøkdel af Tilfældene, men ved positivt Udfald er Prøven diagnostisk sikkert anvendelig.

Disse Resultater foranledigede *Lenartowitz* (1914) til atter

at tage Komplementbindingsreaktionen i Forsvar som en Prøve, der maatte forekomme særdeles god til praktiske Formaal: »Jeg lærte i Tidens Løb at skatte Komplementbindingsreaktionens diagnostiske Værdi, saaledes at jeg stadig anvender denne Metode i ethvert for Gonorrhoe suspekt Adneks- eller Ledtilfælde«. I Modsætning til *Bruhns* bruger *Lenartowitz* nu et 8-valent Antigen, fremstillet af emulgerede Gonokokkulturer.

Harrison (1914) undersøgte 122 Serumprøver fra 88 Patienter. 50 af 58 komplicerede Gonorrhoetilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion; af 28 akute og subakute Uretriter hos første Gangs inficerede gav 21 positiv Komplementbindingsreaktion, et i Forhold til tidligere Undersøgelser meget højt Procentantal. Af 35 Kontrolsera gav 34 ingen Komplementbinding; eet var positivt; det hidrørte fra en Syfilitiker, der ikke kunde undersøges nærmere. Der gjordes ikke Forsøg paa Uditrering af Reaktionsstyrkerne; Serum undersøgtes i Fortynding 1 : 10. Af Komplement anvendtes 1,3 Gange mindste hæmolytiske Dosis. »Komplementbindingsreaktionen synes ikke at have vundet den Opmærksomhed, den fortjener som Hjælp til Gonorrhoediagnosen«.

Corbus (1914) fandt i Komplementbindingsreaktionen en sikker Vejleder ved den terapeutiske Serumanvendelse: naar Reaktionen er negativ, skal man ikke anvende Serum. Til Serumproduktion anvendtes Væddere. Der gaves 12—15 cm^3 Serum daglig i tre Dage. Virkningen af Serumterapien var direkte proportional med Komplementbindingsreaktionens Intensitet. Reaktionens Forsvinden efter 2—3 Maaneder angiver komplet Helbredelse.

Kolmer & Brown (1914) gennemprøvede fem Antigener fremstillet paa forskellig Vis; bedst fandtes et polyvalent Antigen fremstillet ved simpel Emulsion af Gonokokkulturer i fysiologisk Saltvand; alkoholiske Ekstrakter havde ringe eller ingen Værdi. — 9 % af kroniske Gonorrhoetilfælde (navnlig Pyosalpinges) gav ogsaa Komplementbinding med Antigen af Stafylokokker, Streptokokker og Pseudodifteribaciller — som et Vidnesbyrd om den aktive Rolle disse Mikroorganismer kan spille ved disse Infektioner. 5 % af det samme Materiale gav Komplementbinding med Antigen af Mikrokokkus catarrhalis. — I alt

undersøgtes 92 Sera, deraf 73 hidrørende fra Gonorrhoepatienter:

	+ Kplbr.	÷ Kplbr.	%-Antal positive
Uretritis (1.—4. Uge)	6	7	46,1
» (4.—8. Uge)	3	2	60
» (8.—12. Uge)	3	2	60
» (over 1 Aar gamle)	19	10	65,5
Mulig-gonorrhoisk Artroitis ..	5	1	83,3
Vulvovaginitis infantum	5	5	50
Salpingitis chronica	4	2	66,6
Kontroller:			
normale	0	7	0
Syfilispatienter	1	8	11,1
Ulcus venereum-Patienter .	0	2	0

At Reaktionen ikke er helt saa tilfredsstillende som Wassermannreaktionen, maa tilskrives den ved Gonorrhoeen meget sparsommere Antistofproduktion; kun ved alvorlige metastatiske Tilfælde naar denne større Højder. Komplementbindingsreaktionen er af særlig diagnostisk Betydning ved Artroiter, Adnekslidelser og Vulviter, samt ved Spørgsmaalet, om hvornaar en Gonorrhoe er helbredt. — Ved andre Forsøg paavistes, at Gonokokkers og Meningokokkers Amboceptorer som Regel er specifike overfor deres egne Antigener; ved højere Fortyndinger gaar dog Specifiteten tabt, der indtræder »Gruppereaktioner«.

Ifølge *Jones & Simons* (1914) er Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe endog mere nøjagtig end Wassermannreaktionen ved Syfilis. Gonorrhoiske Komplikationer har givet 100 % positive Resultater; ogsaa ukompliceret kronisk Gonorrhoe giver positiv Reaktion. Ingen Ikke-Gonorrhoikere gav positiv Reaktion. For Ægteskabskandidater, der tidligere har haft Gonorrhoe, er en negativ Komplementbindingsreaktion ønskelig, selv om Infektionen tilsyneladende er helbredt.

Ogsaa *Thomas & Ivy* (1914) fandt, at Komplementbindingsreaktionen syntes af større Specifitet end Wassermannreaktionen, idet de ikke havde fundet positiv Komplementbindings-

reaktion ved nogen anden Infektion end Gonorrhoe; heller ingen Medicin kan foraarsage, at den positive Reaktion svinder under Sygdommen. Den sandsynlige Forklaring paa den større Specifitet maa søges i Anvendelsen af det specifike Antigen. En positiv Komplementbindingsreaktion er patognomonisk for et gonorrhoisk Fokus. Reaktionen svinder 2—3 Uger efter den kliniske Helbredelse; en Patient, hvis Serum endnu 2 Maaneder efter klinisk Helbredelse giver positiv Komplementbindingsreaktion, maa anses for at rumme et latent gonorrhoisk Fokus. Reaktionen fandtes positiv hos 21 % af klinisk helbredte Patienter; disse skulde ikke slippes af Syne, før Komplementbindingsreaktionen var svundet. Manglende Komplementbindingsreaktion taler ikke afgørende mod Tilstedeværelsen af en gonorrhoisk Infektion, navnlig ikke i de første 6 Uger af primær, ukompliceret Uretritis. I disse Tilfælde er der aldrig fundet positiv Reaktion før i 6. Uge. Hos Mænd findes ingen Komplementbindingsreaktion ved Uretritis anterior alene; hos Kvinder findes ingen Reaktion med mindre Infektionen er ascenderet til Uterus; saaledes giver Kvindeuretriter, Vulvovaginiter og Bartholiniter ingen Komplementbindingsreaktion. Procentantallet af positive Reaktioner var ved:

akut og subakut Uretritis anterior + posterior	9,09
kronisk recidiverende Uretritis (mange sikkert komplicerede)	100
kronisk Uretritis posterior	33
kronisk Prostatitis	52
Striktur	66
Epididymitis	87
Artroitis	100

I alt undersøgtes 204 Tilfælde. — Et 6-valent Antigen viste sig i enhver Henseende mere paalideligt end 1- og 3-valente Antigener.

Disse Undersøgelser videreførtes af *Thomas, Ivy & Birdsall* i Arbejder af 1914 og 1915. En manglende Komplementbindingsreaktion kan være fejlagtig, en positiv Reaktion er ganske paalidelig. Komplementbindingsreaktionen er af Værdi ved Differentialdiagnosen af Bækkeninflammationer, samt ved visse akute

og kroniske Artroiter. Socialt synes Reaktionen bestemt til at spille en stor Rolle ved Undersøgelsen af Ægteskabskandidater. — At 10 % af de undersøgte Sera ogsaa gav Komplementbinding med et polyvalent Mikrokokkus-catarrhalis-Antigen, forklares ved de saa hyppige Blandingsinfektioner; i disse Tilfælde var Komplementbindingsreaktionerne meget stærkere med Gonokokantigenerne.

Paa Grundlag af en interessant klinisk Studie kom *Uhle & Mackinney* (1915) til et Resultat, der i høj Grad afviger fra tidligere Undersøgeres: »Ifølge vore Undersøgelser har Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe ikke den praktiske Betydning, der tilskrives den af andre Undersøgere«. Paa 141 Patienter toges 155 Blodprøver; hver Blodprøve fordeltes i fire Glas, der tilsendtes fire forskellige Serologer (A, B, C, D). Af 15 Blodprøver fra normale Individer fandt

A: 6,6 % positive, B: 0 %, C: 13,3 %, D: 6,6 %.

De positive Resultater gjaldt forskellige Individer!

Blandt 37 Patienter med kendte, ikke-gonorrhoiske Lidelser fandt

A: 13,5 % positive, B: 0 %, C: 35,1 %, D: 31,4 %.

Blandt 29 Patienter, hvis gonorrhoiske Infektioner var klinisk helbredte Maaneder indtil 5 Aar i Forvejen, fandt

A: 24,1 % positive, B: 17,2 %, C: 31 %, D: 24,1 %.

Blandt samtlige Patienter med akut eller kronisk Gonorrhoe fandt

A: 43,3 % positive, B: 30,5 %, C: 18,9 %, D: 25,4 %.

Udskydes alle de selvhæmmende Sera faas tilsammen 128 Reaktioner udført af hver Serolog: 39,9 % var overensstemmende, 60,1 % uoverensstemmende. — Endvidere tilsendte man hver af Serologerne to Blodprøver fra samme Patient; hver Serolog fik 15 Dobbeltprøver under forskellige Mærker. A og B havde hver een Uoverensstemmelse, C havde seks; D havde alle overensstemmende.

Det kunde maaske gøres gældende, at Prøven ved den anførte Forsøgsanordning i nok saa høj Grad kunde anses for en Maalestok for Serologernes Kapacitet, i mindre Grad som et almengyldigt Udtryk for Seroreaktionens Ydeevne. —

Warden (1915) undersøgte 279 Sera, dels med et i Handelen værende Antigen, dels med et i absolut Alkohol suspenderet

»Lipoid-antigen«, som Forfatteren selv fremstillede. Med dette sidste indfandt Komplementbindingsreaktionen sig tidligere, holdt sig mere regelmæssig, med færre Fluktuationer, og svandt senere. Der fandtes følgende Procentantal positive Reaktioner ved

	med Handels-antigen	med Lipoid-antigen
akut Gonorrhoe (mindre end 1 Maaned gammel)	20	50
subakut Gonorrhoe (1—6 Maaneder gammel)	20	75
»langvarig« Gonorrhoe (eventuelt med Recidiver)	33	65
Gonorrhoea antea (for ½—30 Aar siden)	16	50
Børnegonorrhoe	10	66

Louise Pearce (1915) mente ved Hjælp af Komplementbindings- og Agglutinationsprøver at kunne adskille to forskellige Gonokoktyper fra henholdsvis voksnes og Børns gonorrhoiske Infektioner; gonorrhoiske Oftalmier viste sig foraarsaget af Gonokokker »af adult Type«. Det mentes, at begge disse Gonokoktyper burde indgaa i det polyvalente Antigen til den serologiske Gonorrhoediagnose.

Ogsaa *Irons & Nicoll* (1915) undersøgte Komplementbindingsreaktionens Forhold ved Vulviter:

12 Vulviter (Gonokokker paavist ved Kultur)	7	positiv	Kplbr.
17 » (»sikkert gonorrhoiske«)	5	»	»
5 » (ingen Gonokokker ved Kultur)	4	»	»
1 Vulvit (Gonokokker ikke paavist)	1	»	»
2 Vulviter (Coli-, Pseudodifteri-)	0	»	»

Endvidere undersøgtes 14 metastatiske gonorrhoiske Infektioner (Gonokokker paavist ved Kultur); 10 gav stærkt positiv, 3 middelstærkt positiv og 1 negativ Komplementbindingsreaktion.

Af 21 klinisk utvivlsomme Gonorrhoetilfælde gav 13 stærkt positiv, 6 middelstærkt positiv og 2 negativ Komplementbindingsreaktion.

Af 21 Personer uden klinisk eller anamnestisk Gonorrhoe gav 19 negativ, 2 svagt positiv Komplementbindingsreaktion. En middel eller stærkt positiv Reaktion er ikke observeret hos Patienter, hvor Gonorrhoe kunde udelukkes. En svagt positiv Komplementbindingsreaktion kan i nogen Grad bekræfte Diagnosen, naar den findes sammen med andre for Gonorrhoe karakteristiske Træk. En positiv Komplementbindingsreaktion kan svinde temporært for atter at blive positiv under Infektionens videre Forløb; en enkelt negativ Reaktion maa derfor tydes med megen Forsigtighed. I Sera fra Scarlatinapatienter fandtes gentagne Gange forsinket Indtræden af Hæmolysen, saavel ved Komplementbindingsreaktionen som ved Wassermannreaktionen. Af 16 Difteri- eller Scarlatinapatienter gav 13 ingen Komplementbindingsreaktion, 3 svage positive Reaktioner. —

Hermed er Komplementbindingsreaktionens første Decennium afsluttet. Som det fremgaar af foranstaaende tilkommer Æren af som de første at have bragt Komplementbindingsundersøgelsen i Anvendelse overfor den gonorrhoiske Infektion østrigske Klinikere; meget tidligt fremkom dog i Amerika et stort Antal af eksperimentelle og kliniske Arbejder, som sikrede Komplementbindingsreaktionen en saadan Position, at den allerede ved Tiaarets Slutning mange Steder i Amerika var adopteret som et brugbart klinisk Hjælpemiddel, næsten sideordnet med Wassermannreaktionen. I Europa synes kun *Lenartowitz* med Udbytte at have anvendt Metoden i større Udstrækning.

I de følgende to Aar fremkom kun eet større Arbejde om Komplementbindingsreaktionen, atter fra amerikansk Side (*Shupe*), men fra 1918 — ved Slutningen af den europæiske Krig, der ogsaa paa dette Omraade havde virket hæmmende paa den videnskabelige Forskning — vaagner Interessen for Komplementbindingsreaktionens mulige Udnyttelse i Kliniken atter rundt om i Europa, tidligst i England, Italien og Frankrig.

Shupe's Arbejde (1916) — som her maa citeres efter *Thomson* — omfattede 1000 Komplementbindingsprøver. I intet Tilfælde fandtes positiv Komplementbindingsreaktion, hvor Patienten ikke havde haft Gonorrhoe, eller havde været behandlet med Gonokokvakcine. I den ukomplicerede Gonorrhoes første fem Uger findes ingen Reaktion; begrænses Lidelsen alene til Uretra anterior, og helbredes den i Løbet af 7—8 Uger, indtræder positiv Reaktion maaske overhovedet ikke. — Findes positiv Komplementbindingsreaktion hos klinisk helbredte Personer, betyder dette Tilstedeværelse af et gonorrhoisk Fokus, og saadanne Individer kan være i Stand til at inficere andre. Antistofferne kan paavises 5—6 Uger efter at Gonokokkerne er svundne. Manglende Komplementbindingsreaktion hos en tidligere seropositiv Patient er et godt Tegn paa, at Patienten er helbredt. Ved gonorrhoiske Artroiter og Epididymiter var Reaktionen positiv i ca. 100 %. Af Patienter med kronisk Prostatitis, Vesiculitis eller Uretritis posterior gav 80 % positiv Reaktion. Ukomplicerede Strikturtilfælde gav ingen Komplementbindingsreaktion.

Smith & Stone (1917) forsøgte en ny Form for Komplementbindingsreaktion overfor Leukorrhoepatienter. I den modificerede Komplementbindingsreaktion indgik Antigenet som det ukendte Element; det fremstilledes ved med en Vatsvaber at opsamle Udfloddet fra Cerviks og Vagina; i en Glasmorter fintmaledes det, opslemmet i 2 cm^3 fysiologisk Saltvand; det henstilledes Natten over og inaktiveredes ved 56 ° i ½ Time. Som Antistof anvendtes det i Handelen værende Antigonokok-Hesteserum. 47 Patienter undersøgtes; 35 gav positiv Reaktion. Gonokokker paavistes dog kun i 12 Tilfælde. Der sluttes, at Reaktionen har været af stor Værdi som bekræftende Diagnosen gonorrhoisk Infektion; man er dog særdeles tilbøjelig til at give Forfatterne Ret, naar det hævdes, at yderligere Undersøgelser er nødvendige. — Ved paa sædvanlig Vis paa Serum udført Komplementbindingsreaktion for Gonokokker fandtes ialt kun 3 positive Reaktioner; disse fandtes hos Patienter, der havde Gonokokker i Udfloddet. —

Englænderen *David Thomson* har ydet flere Bidrag til Studiet af Komplementbindingsreaktionen, navnlig i teknisk Henseende. I *Thomson*'s første Arbejde fra 1918 beskrives en ny Fremstil-

lingsmaade af et polyvalent Gonokokantigen: Gonokokkerne opløses i *n*/10 Natriumhydroksydopløsning, der atter neutraliseres med *n*/10 Saltsyreopløsning; ½ % Fenol tilsættes. Dette Antigen fandtes mindre antikomplementært og stærkere angigent end sædvanlig Vakcine. — Resultaterne var overordentlig opmuntrende: alle Patienter, hvis Udflod var begyndt for mindst een Uge siden, gav positiv Komplementbindingsreaktion. En positiv Reaktion efter at Gonokokkerne forlængst synes svundne, angiver Sygdommens stadige Bestaaen: en Patient, der i een Maaned havde været symptomløs, gav stærk Komplementbindingsreaktion — og fik Recidiv. Af 20 undersøgte Tilfælde gav 19 positiv Reaktion; den ene seronegative Patient havde i 3 Maaneder været gonokokfri. »Endnu har alle normale Sera givet negativ Komplementbindingsreaktion«. — Et Meningokokantigen giver næsten altid et svagt positiv Resultat med et stærkt positivt Gonokokserum, men ingen Komplementbindingsreaktion med et svagt Gonokokserum. — Reaktionen vil blive af stor Værdi ved Afgørelsen af, om en Gonorrhoe er helbredt; ligeledes ved Differentialdiagnosen af tvivlsomme Ledtilfælde; ogsaa Gynækologer vil have Hjælp af den.

Fire efter den *Thomson*'ske Metode fremstillede Meningokokantigener prøvedes af *Bell & Harmer* (1918) til Typebestemmelse af Meningokokker; kun i eet Tilfælde faldt Forsøgene »helt rent« ud. Ogsaa Sera fra 4 Syfilitikere og 8 Gonorrhoikere undersøgtes med Meningokokantigenerne; de gav enten negative eller meget svage Komplementbindingsreaktioner.

Maderna (1919) fandt Komplementbindingsreaktionen positiv sædvanligvis paa Infektionens 6.—10. Dag, uafhængig af al Behandling; kun i 8 % af akute Uretriter mangler Reaktionen til Stadighed. Ved kroniske Uretriter er Reaktionen konstant positiv. Hos Patienter, der aldrig havde haft Gonorrhoe, fandtes ingen Komplementbindingsreaktion. Vakcinebehandling kan provokere en positiv Reaktion. Komplementbindingsreaktionen forløb ganske uafhængig af en mulig positiv Wassermannreaktion.

Priestley (1919) opnaaede tilfredsstillende Resultater med et Antigen, der fremstilledes af 1—2 Døgn gamle Gonokokkulturer, der opslemmedes i destilleret Vand, inddampedes og pulveriseredes; Æterekstraktet af dette Pulver indtørredes atter.

Før Brugen opslemmedes dette pulverformede Antigen i Saltvand.

Med dette Antigen undersøgte *Dixon & Priestley* (1919) 840 Serumprøver fra 625 Patienter. I 53 Tilfælde fandtes stærkt positiv Komplementbindingsreaktion; 47 af disse (90,4 %) viste klinisk og serologisk Overensstemmelse. Ved middelstærkt positiv Reaktion var Resultaterne i 86,3 % klinisk og serologisk overensstemmende. En svagt positiv Reaktion er af liden diagnostisk og uden prognostisk Værdi. 341 Sera — for Størstedelen fra Syfilispatienter eller formodede Syfilispatienter — gav ingen Reaktion. Kun 5 % af Gonorrhoetilfældene forblev til Stadighed seronegative. En enkelt negativ Reaktion er uden Værdi; en positiv Reaktion er et stærkt Indicium paa aktiv gonorrhoisk Infektion. Ogsaa prognostisk spiller Komplementbindingsreaktionen en Rolle, idet de Gonorrhoetilfælde forløb gunstigst, som frembød en tidlig, stærk Reaktion og følgende Fald. Ved gonorrhoiske Reinfektioner indtræder stærkt positive Komplementbindingsreaktioner paa et senere Tidspunkt, og de svinder langsommere. — Resultaterne af Kulturforsøg ved den gonorrhoiske Infektion er ikke Arbejdet værd!

Magner (1920) gjorde 298 Undersøgelser paa 200 Sera (110 Gonorrhoepatienter og 90 Kontrolindivider). Positiv Komplementbindingsreaktion saas tidligst paa Infektionens 4. Dag; efter 3. Uge var det store Flertal positive. Komplicerede Gonorrhoetilfælde gav altid positive Reaktioner. Naar Komplementbindingsreaktionen 3 Maaneder efter Sygdommens Ophør er bleven negativ, er Patienten fuldstændig helbredet og smittefri. — Af Kontrolprøverne var 4 positive; de hidrørte alle fra Syfilispatienter (deraf de 3 Wassermann-positive); een af disse havde tillige haft Gonorrhoe for 8 Aar siden. — Som Antigen anvendtes dels det af *Thomson* angivne, dels et Præparat fra Parke, Davis & Co.; der fandtes ingen tydelig Forskel i disses Ydeevne.

Hos med Gonokokker inokulerede Dyr fandt *Cappelli* (1920) almindeligvis kun en sparsom og inkonstant Produktion af specifike Antistoffer. Ved den gonorrhoiske Infektion fandtes de biologiske Reaktioner — ogsaa Komplementbindingsreaktionen — at give for inkonstante Resultater, til at de kunde udnyttes praktisk.

Ogsaa *Thouvenet* forkaster i »Le séro-diagnostic des affec-

tions gonococciques« (1920) Komplementbindingsreaktionen i Tillid til enkelte tidligere Undersøgeres mindre gunstige Erfaringer. *Thouvenet* lover sig mere af Agglutinationsprøverne.

Som Hjælpemiddel ved Forsøg paa Typeinddeling af Gonokokker fandt derimod *Thomsen & Vollmond* (1920), at Komplementbindingsmetoden gav paalideligere og klarere Resultater end Agglutinationsprøverne.

Smith & Wilson (1920) undersøgte 50 Tilfælde af »mild kronisk Gonorrhoe hos Kvinder« (45 af disse var prostituerede). Den lidt ejendommelige diagnostiske Nomenklatur synes at svare til ret forskelligartede kliniske Sygdomsbilleder: nogle Patienter frembød kun en ringe Mængde Udflod, andre havde Salpingitis; Gonokokker synes kun paavist i 7 Tilfælde. 41 gav svagere eller stærkere Komplementbindingsreaktion, 7 tvivlsom og 2 ingen Reaktion. 58 klinisk symptomfrie Kvinder og Børn gav ingen Komplementbindingsreaktion.

Stevens & Heppner (1920) fandt positiv Komplementbindingsreaktion i 19 % af gonorrhoiske Bartholiniter, i 23 % af kvindelig Uretralgonorrhoe og i 59 % af Cervikalgonorrhoe. Opgørelsen, der er meget summarisk, omfatter 3439 Undersøgelser; i 1496 Tilfælde fandtes en kronisk gonorrhoisk Infektion. Det maa bemærkes, at ved de sidste 1064 Undersøgelser ansaas kliniske Tegn alene tilstrækkelige til at stille Dignosen Gonorrhoe; dog paavistes i 95 % af disse Tilfælde paa et eller andet Tidspunkt »gramnegative Organismer«.

Fürst (1920) henlagde de gonorrhoiske Antistoffers Dannelse til Infektionens 5. eller 6. Uge; efter dette Tidspunkt fandtes positiv Komplementbindingsreaktion i 12—55 %. Blandt gonokokvakcinebehandlede Patienter steg Procenten til 85, men positiv Komplementbindingsreaktion kan udeblive selv efter gentagne Vakcineinjektioner. — Som Antigen brugtes Gonargin.

Lailey & Cruikshank (1921) undersøgte 217 Sera fra gynækologiske Patienter. 116 af Kvinderne gav positiv Komplementbindingsreaktion; Gonokokker var paavist hos 92 af disse (79,3 %), »tvivlsomme Gonokokker« i 6 Tilfælde (5,2 %); hos 12 Patienter (10,3 %) paavistes ingen Gonokokker; 6 (5,2 %) blev ikke bakteriologisk undersøgt. Alle Patienterne med »tvivlsomme Gonokokker« havde rigeligt Udflod. 7 af de Patienter, hos hvilke Gonokokker ikke paavistes, havde Betændelse i

Adneksa; tillige havde den enes Mand Gonorrhoea chronica. — Til Belysning af den gonorrhoiske Infektions uhyre Udbredthed blandt prostituerede og den enkelte mikroskopiske Undersøgelses Utilstrækkelighed nævnes *Findley*'s Arbejde, ifølge hvilket der paavistes Gonokokker hos 96 % af de undersøgte prostituerede, — men undertiden først efter 15 forgæves Undersøgelser. —

96 af de omtalte 217 Patienter gav ingen Komplementbindingsreaktion; deraf var 81 (84,4 %) klinisk Ikke-Gonorrhoikere, 12 (12,5 %) klinisk helbredte tidligere Gonorrhoikere, 3 (3,1 %) var ikke undersøgt med Henblik paa Gonorrhoe.

3 Sera var selvhæmmende, 2 gav tvivlsomt positiv Reaktion.

15 ikke-gonorrhoiske Mænd gav ingen Reaktion; heller ikke en Rekonvalescent efter Meningokokmeningitis gav positiv Komplementbindingsreaktion for Gonokokker.

Kilduffe (1921) fandt først Komplementbindingsreaktionen positiv efter 6. Infektionsuge. Ved »sædvanlig kronisk Uretritis med let Prostatalidelse« var Reaktionen positiv i 30—40 %; men ved akute Forværrelser af den kroniske Uretrit steg Procenten til ca. 80. Ved gonorrhoiske Artroiter fandtes 80—100 % positive Reaktioner. Hvis den positive Reaktion vedvarer udover 2—3 Uger efter den kliniske Helbredelse, er et aktivt Infektionsfokus sandsynligvis tilstede. — Hos Kvinder fandtes Komplementbindingsreaktionen først positiv, naar Infektionen naaede Cervikalkanalen; dog gav Vulvovaginiterne hos Børn positive Reaktioner. 60 % af Pyosalpinges reagerede positivt. — Det hævdes, at Komplementbindingsreaktionen har et stort Nytteomraade, og det haabes, at den maa komme i hyppigere og almindeligere Brug.

Fey (1921) undersøgte Komplementbindingsreaktionens og Agglutinationsprøvens indbyrdes Forhold ved den gonorrhoiske Infektion og fandt, at der tilkom Agglutinationsmetoden større Specifitet ved Typebestemmelsen af Gonokokker end Komplementbindingsreaktionen. — Af 30 Sera fra kroniske Gonorrhoikere gav 28 positiv Komplementbindingsreaktion.

I Modsætning til de fleste tidligere Undersøgere hævder *Montpellier & Lacroix* (1921), at det største Procentantal positive Komplementbindingsreaktioner findes ved ukompliceret akut Gonorrhoe; ved akute Gonorrhoeer med Komplikationer

viste Reaktionen sig temmelig ofte negativ, d. v. s. Patienterne har været ude af Stand til at reagere med Dannelse af Antistoffer. — Ved kronisk ukompliceret Gonorrhoe var Komplementbindingsreaktionen negativ; var den kroniske Gonorrhoe kompliceret, fandtes heller ingen Komplementbindingsreaktion ved Anvendelse af inaktiveret Serum, men med aktive Sera var Reaktionen positiv. — Nærværelsen af »syfilitisk Antistof« i Sera viste sig uden Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen. Reaktionen har altid vist sig negativ hos Individer, der med Sikkerhed vidstes ikke at have eller at have haft Gonorrhoe. Reaktionen er altsaa i høj Grad specifik; selv en svag Reaktion findes kun hos Patienter, der stadig huser Gonokokker. Det var derfor ønskeligt, at Komplementbindingsreaktionen indgik i den daglige Praksis paa lige Fod med Sigmareaktionen.

Disse Angivelser gentages i en Thèse af *Lacroix* samme Aar; tillige fremhæves heri Nødvendigheden af at anvende inaktiverede Sera, da det menes, at Inaktiveringsprocessen stabiliserer Antistofferne og eliminerer alle de Stoffer, der kunde give falske Resultater. Ialt foretoges 72 Komplementbindingsprøver (»gonoréactions«). Som Kontroller anvendtes 19 Sera fra 16 Drengebørn, hvoraf de 3 var kongenite Syfilitikere; de gav alle negative Reaktioner. »For at naa til en virkelig praktisk Vurdering af Komplementbindingsreaktionen er det nødvendigt at forøge de seroklinіske Observationer«.

I Lighed med *Fey* mener *Cook & Strafford* (1921), at Typeinddeling af Gonokokker ikke er mulig ved Hjælp af Komplementbindingsreaktionen. Udfra et ret sparsomt klinisk Materiale — ialt 19 Gonorrhoepatienter — sluttes, at Komplementbindingsreaktionen maa betragtes som en værdifuld Hjælp til Diagnosen af alle, undtagen tidlige akute, Gonorrhoetilfælde; den bør dog endnu betragtes mere som et bekræftende Vidnesbyrd end som en selvstændig Basis for Diagnosen.

Endnu mere reserveret er *Cherry & Palma* (1921), der efter Komplementbindingsundersøgelser af 305 Kvinder slutter, at de Laboratoriemetoder, man hidtil raader over til Hjælp ved Diagnosen af kroniske Genitalinfektioner, er yderst upaalidelige og unspecifike. En til de kvindelige Genitalia lokaliseret gonorrhoisk Infektion foraarsager ikke tilstrækkelig eller tilstrækkelig lang-

varig Antistofdannelse til at give Komplementbindingsreaktionen diagnostisk Værdi. Nærmere Referat skønnes ikke nødvendigt, da hele Arbejdets Værdi maa forekomme problematisk, idet Diagnoserne for samtlige Patienters Vedkommende synes bygget paa Skøn og Formodninger; det ses ikke, at der i noget Tilfælde er foretaget mikroskopisk Undersøgelse af Sekreterne.

Torrey, Wilson & Buckell (1922) sammenlignede den Værdi, man fra et socialt-hygiejnisk Standpunkt kan tillægge henholdsvis den direkte mikroskopiske Undersøgelse af Sekretpræparater, Kulturforsøg og Komplementbindingsundersøgelser overfor Diagnosen af den kroniske Kvindegonorrhoe. Der undersøgtes 92 prostituerede. »Endskønt vore Kulturforsøg synes at være de hidtil bedste«, paavistes i 8 Tilfælde Gonokokker i gramfarvet Præparat — og i 13 Tilfælde positiv Komplementbindingsreaktion —, til Trods for at man ikke fandt Gonokokker i de anlagte Kulturer. Paa den anden Side gav kun 5 af de 26 Tilfælde, der ved Dyrkning viste Vækst af Gonokokker, positivt Resultat ved direkte Mikroskopi. Disse Metoder supplerer altsaa hinanden. — Af positive Resultater fandtes ved:

	Antal Tilf.	Direkte Mikroskopi %	Kultur %	Kplbr. %
subakut Kvindegonorrhoe ..	8	50	50	50
kronisk » ..	33	12	20	69,5
tvivlsom » ..	14	14	28	71
akut » ..	1	?	100(!)	?

Det synes altsaa, at Komplementbindingsreaktionen ved kronisk gonorrhoisk Infektion i klinisk tvivlsomme Tilfælde vil give en meget højere Procent positive Resultater end den bakteriologiske Undersøgelse (i Præparat og Kultur), og at denne Metode for Tiden er den simpleste og sikreste Vejleder ved Undersøgelsen af saadanne Tilfælde; baade direkte bakteriologisk Undersøgelse, Dyrknings- og Komplementbindingsforsøg har vist sig nyttige ved Diagnosen af kronisk Kvindegonorrhoe; deres relative Værdi tiltager i den nævnte Orden.

I et omtrent samtidigt Arbejde undersøger *Torrey & Buckell* (1922) Gonokoksera og -antigener af forskellig Valens. Til monovalente Antigener udvalgtes særligt »generelle« Gonokok-

stammer, der serologisk »dækkede« store Dele af Gonokok-gruppen. Disse monovalente Antigener gav gennemsnitlig bedre Resultater end et 4- og et 10-valent Antigen. I intet Tilfælde gav de polyvalente Antigener positiv Komplementbindingsreaktion, hvor de monovalente Antigener svigtede; derimod gav de monovalente ofte stærkere Reaktioner end de polyvalente. — Det foreslaas at anvende 2 Antigener sideløbende: eet polyvalent af udvalgte »irregulære« Gonokokstammer, og eet divalent bestaaende af 2 »generelle« Stammer. — Der kunde ikke paavises nogen bestemt serologisk Forskel mellem de fra gonorrhoiske Infektioner hos Børn og hos voksne isolerede Gonokokker.

Šavnik & Procházka (1922) undersøgte 248 Sera; 48 af 61 ukomplicerede Gonorrhoetilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion; 33 komplicerede Gonorrhoetilfælde (Epididymiter, Prostatiter og Artroiter) gav alle positiv Reaktion. Blandt 100 Sera fra Patienter, der ikke vidstes at have Gonorrhoe, gav 8 positiv Reaktion; hos den ene paavistes en gonorrhoisk Prostatitis, een havde Gonorrhoe i Anamnesen, 2 var prostituerede. Yderligere fandtes ingen Komplementbindingsreaktion ved 11 Tilfælde af postgonorrhoisk Uretritis eller ved 13 Tilfælde af ikke-gonorrhoiske Genitalsygdomme.

Osmond (1922) mener, at Komplementbindingsreaktionen i England ikke har vundet den Anerkendelse, som den fortjener: »Jeg anser dens diagnostiske Værdi for mindst lige saa stor som Wassermannreaktionens ved Syfilis«. — Der undersøgtes Sera fra 300 Mænd og 700 Kvinder; Resultaterne opstilledes i følgende Skema:

	Mænd	Kvinder
aktiv Gonorrhoe	88 % + Kplbr.	85 % + Kplbr.
sandsynlig Gonorrhoe	71 % + Kplbr.	60 % + Kplbr.
mulig Gonorrhoe	94 % ÷ Kplbr.	96 % ÷ Kplbr.
ikke Gonorrhoe	97 % ÷ Kplbr.	98 % ÷ Kplbr.

Disse Procentangivelser lader sig ikke sammenligne med andre Forfatteres, da ikke mindre end 308 af Patienterne i Forvejen er udskudt af Beregningen, fordi Komplementbindingsreaktionen i disse Tilfælde havde givet tvivlsomme Udfald. — *Osmond* mener, at positive Reaktioner ikke optræder saa tid-

ligt i Infektionen hos Kvinder som hos Mænd. Endvidere angives det, at den positive Komplementbindingsreaktion hyppigt holder sig 12 Maaneder eller mere efter tilsyneladende Helbredelse.

Den sidst anførte Bemærkning foranledigede umiddelbart efter *Priestley* (1922) til at ripostere: en positiv Komplementbindingsreaktion holder sig ikke længe efter fuldstændig Helbredelse. Derimod mener ogsaa *Priestley*, at Reaktionen indfinder sig senere ved Kvinde- end ved Mandfolkegonorrhoeen. — 5 % af 1500 Komplementbindingsreaktioner paa Sera fra 507 Kvinder var tilsyneladende uspecifike, men Forfatteren er utilbøjelig til at forkaste en positiv Komplementbindingsreaktion paa Grundlag af en enkelt negativ klinisk Undersøgelse, da man ved, hvor hyppigt Komplementbindingsmetoden har givet et korrekt positivt Resultat, før den kliniske eller bakteriologiske Afgørelse. — Prognostisk finder *Priestley* Komplementbindingsreaktionen af meget ringe Værdi, da man hos samme Individ — navnlig Kvinder — kan se mærkværdige Fluktuationer fra positiv til negativ Reaktion og omvendt, tilsyneladende uden Overensstemmelse med de kliniske Forhold. En fuldt tilfredsstillende Forklaring af disse Forhold haves ikke, men *Priestley* foreslaar følgende, »der maa tages for, hvad den er værd«: Antistofdannelsen foregaar i nogen Afstand fra det inficerede Fokus, sandsynligvis for Størstedelen i Knoglemarven; Antigenet maa ad Blodvejen føres hertil; nogen Absorption fra Fokus er saaledes nødvendig. Komplementbindingsreaktionen bliver proportional med Blodets Absorption af autolytiske, antigene Produkter og derfor afhængig af Dræningsforholdene. Ved Processer uden frit Afløb (afkapslede Abscesser og Eksudater) faas stærke Komplementbindingsreaktioner, ved den ukomplicerede Uretritis svage Reaktioner.

Intet Antal af negative Reaktioner kan nogensinde tjene som Bevis for Helbredelse. Derimod er en stærkt positiv Reaktion af uhyre Værdi, idet den angiver et — maaske klinisk ikke paaviseligt — Fokus.

Wilson, Forbes & Schwartz (1923) hævder Komplementbindingsreaktionens Specifitet: 350 Kontrolsera fra voksne uden klinisk eller anamnestisk Gonorrhoe, fra Tuberkulosepatienter og fra Børn med Scarlatina, samt Spinalvædsker fra Poliomye-

litispatienter gav ingen Komplementbindingsreaktion. Ved akut Kvindegonorrhoe fandtes Reaktionen positiv i 47 %, ved subakut i 48 % og ved kronisk Kvindegonorrhoe i 73,6 %. Blandt 81 Tilfælde af »tvivlsom Gonorrhoe« fandtes i 60 % positive Seroreaktioner. — Komplementbindingsreaktionen er en Hjælp for den paa Instituter arbejdende Kliniker. —

I Aaret 1923 saa desuden en hel Række af mere betydende Arbejder over Gonokokkernes serologiske Ejendommeligheder Lyset. Disse skal nu gøres til Genstand for en noget udførligere Omtale.

Baumann & Heimann anbefalede Komplementbindingsreaktionen som diagnostisk Metode; en stærkere positiv Reaktion er i hvert Tilfælde bevisende for gonorrhoisk Infektion, da uspecifike Reaktioner efter Forfatternes Undersøgelser næppe forekommer; men rigtignok undgaar ⅓ af samtlige Gonorrhoepatienter vor Erkendelse ved denne biologiske Undersøgelsesmetode. 15 Wassermann-positive Syfilitikersera gav ingen Komplementbindingsreaktion for Gonokokker; herefter er uspecifike Reaktioner, som kunde kompromittere Komplementbindingsreaktionens Brugbarhed, ikke at befrygte. — Ethvert for Gonorrhoe mistænkeligt Sygdomsbillede bør undersøges med Komplementbindingsreaktion, da denne har vist sig stærkt positiv i 63 % af kroniske Gonorrhoetilfælde, saa meget mere som det i ældre Gonorrhoetilfælde er møjsommeligt, for det meste forgæves, hyppigt ogsaa usikkert i Tydningen, at ville forlade sig paa Paavisningen af Gonokokker i eventuelt Sekret. Ofte har et positivt Gonokokfund i Cervikalsekretet først efter gentagen Søgen bekræftet det positive serologiske Fund.

Der anvendtes et 6—11-valent Antigen; Arthigon viste sig ganske ubrugeligt som Antigen; det gav kun 3 % positive Reaktioner, naar det polyvante Antigen gav 63 %. — I Lighed med *Priestley* anføres, at Mængden af resorberet infektiøst Gonokokmateriale er retningsbestemmende for Immunitetsprocessen, idet »Overfladegonorrhoeen« med det frie Afløb først efterhaanden foranlediger Sensibilisation af de i Legemet slumrende Reaginer, i Modsætning til den i indelukkede Foki lokaliserede gonorrhoiske Infektion. I 50 % af Tilfældene fandtes først Komplementbindingsreaktionen af maksimal Styrke efter Gonorrhoeens kliniske Helbredelse. Denne — hidtil enestaaende — Ob-

servation foranlediger ret vidtgaaende teoretiske Overvejelser over Gonorrhoeens immunisatoriske Forhold, der i Betragtning af Materialets relative Lidenhed — 109 Patienter, hvoraf de 69 endda har været vakcinebehandlede — maa siges at hvile paa en Basis, der ikke tillader almengyldige Slutninger.

Gauran offentliggjorde dels alene, dels i Samarbejde med *Rubinstein*, en Del Undersøgelser over Komplementbindingsreaktionens tekniske og kliniske Forhold. Antigener tilberedte af 4—6 Uger gamle Gonokokkulturer fandtes mere effektive end de af ældre Kulturer fremstillede; Antigenet skal være saa polyvalent som muligt. Det i nogen Tid opbevarede, delvis autolyserede Antigen havde stærkere antigen Evne end de friske Suspensioner. Filtrater eller Ekstrakter af disse havde ringe eller meget ringe antigen Evne. Anvendtes aktive Sera til Komplementbindingsreaktionen, var denne mindre specifik og endogsaa mindre sensibel.

Betydelig Opsigt vakte Paavisningen af, at Sera fra 50 Syfilitikere, der aldrig havde haft Gonorrhoe, i 15 Tilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion (de 4 stærke, de 11 svage Reaktioner), — alle hos stærkt Wassermann-positive Patienter. En stærk positiv Wassermannreaktion havde altsaa forstyrret Komplementbindingsreaktionen og givet positive Reaktioner ved Fravær af enhver gonorrhoisk Affektion. Med denne Reservation ansaas en positiv Komplementbindingsreaktion som Tegn paa en gonorrhoisk Affektion. — I alt undersøgtes 188 Sera fra Gonorrhoepatienter. Ved akut ukompliceret Gonorrhoe kan positiv Komplementbindingsreaktion først forventes 3 Uger efter Infektionens Begyndelse; i 50 % af disse Tilfælde mangler Komplementbindingsreaktionen under hele Sygdommens Forløb. Reaktionen holder sig i de positive Tilfælde 6 Uger efter den kliniske Helbredelse. Komplementbindingsreaktionens negative Udfald har stor Værdi ved Diagnosen af en Gonorrhoes Helbredelse, paa Betingelse af at Patienten tidligere har haft en positiv Reaktion. — Ved kronisk eller kompliceret Gonorrhoe fandtes Reaktionen positiv i 68—92 %. En negativ Komplementbindingsreaktion kan ikke udelukke en gonorrhoisk Affektion, men maa tages »en valeur« i Tilfælde af Artroiter og Orchiepididymiter. — Efter Injektion af Gonokokvakcine bliver Reaktionen positiv i Løbet af ca. 12 Dage, ogsaa hos sunde Individer.

Komplementbindingsreaktionen svinder atter 4—8 Uger efter sidste Injektion. — Blandt 29 Patienter, der i mindst 50 Dage havde været symptomfrie, gav 8 positive Komplementbindingsreaktioner; Fremtiden maa vise os disses Værdi, men hos 4 af Patienterne fandtes snart efter atter Tegn paa gonorrhoisk Infektion. — 60 normale Individer (deraf 14 Børn) og 36 Patienter med forskellige Sygdomme (dog ingen Meningokokmeningiter) gav alle negativ Komplementbindingsreaktion. — Reaktionen har en reel klinisk Værdi; den tillader Laboratoriet at stille Diagnosen i Tilfælde, hvor Ætiologien klinisk er ubestemt. Den tillader i visse Tilfælde at erkende Gonorrhoeens Helbredelse.

Šavnik & Procházka havde i 1923 et samlet Materiale af 1537 Sera. Ved Uretritis anterior begynder Reaktionen at blive positiv i 2. Uge; i eet Tilfælde fandtes positiv Komplementbindingsreaktion allerede paa 5. Dag. Kun 27,77 % af ren Uretritis anterior gav positiv Reaktion. En positiv Reaktion hos Patienter, der klinisk kun frembyder Tegn paa Uretritis anterior, antyder ofte, at Processen er i Færd med at brede sig til Uretra posterior, Prostata eller Epididymis. Hvis Komplementbindingsreaktionen mangler endnu i 3.—4. Uge, er der Sandsynlighed for et videre »normalt« Forløb af Infektionen. Ved Uretritis posterior fandtes et tre Gange saa stort Antal positive Reaktioner (80,68 %) som ved Uretritis anterior; følgelig er Adskillelsen af Uretritis anterior og Uretritis posterior ikke blot anatomisk og klinisk, men ogsaa serologisk berettiget. — Gonorrhoiske Komplikationer gav positiv Reaktion i 77—100 %. Af 102 Patienter, hvis gonorrhoiske Infektioner laa fra eet til mange Aar tilbage, og som klinisk var raske, gav 38 stærkt positive, 9 svagt positive Komplementbindingsreaktioner. — I Betragtning af, at den mikroskopiske Paavisning af Gonokokker (eventuelt ogsaa Kulturforsøg) ofte — i mindst $^2/_3$ af Tilfældene — svigter ved ældre Tilfælde af Kvindegonorrhoe, kan en positiv Komplementbindingsreaktion have stor diagnostisk Betydning. Findes hos en Patient kliniske Symtomer paa Gonorrhoe, men ingen Gonokokker, bekræfter en positiv Komplementbindingsreaktion Diagnosen. Cirka 70 % af bakteriologisk erkendte Gonorrhoetilfælde hos Kvinder gav positiv Komplementbindingsreaktion. — Af 505 Kontrolsera gav 488 ingen Komplementbindingsreaktion; da gonorrhoisk Infektion dog ikke lod sig udelukke i noget af de

seropositive Tilfælde, fandtes det tilstrækkelig berettiget at betegne Reaktionen som specifik. Alle Prøverne udførtes med Gonargin som Antigen paa de inaktiverede Patientsera; med aktive Sera var Resultaterne ofte fuldstændig modsat de med inaktiverede Sera opnaaede og fuldstændig ubrugelige. — En positiv Wassermannreaktion havde aldrig Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen. — Der sluttes, at Komplementbindingsreaktionen er en specifik Binding mellem Antigen og dertil hørende Antistof; den kan diagnostisk og terapeutisk yde meget værdifuld Tjeneste, størst ved Kvindegonorrhoeen; praktisk vigtigt er det, at Reaktionen kan holde sig positiv længe efter Symptomernes Ophør.

I »Gonorrhoea« giver *David Thomson* Komplementbindingsreaktionens Forhold en meget udførlig Omtale; tidligere Forfatteres Undersøgelser refereres og Forfatterens egne Undersøgelser meddeles; *Thomson* har navnlig viet de tekniske Detailler sin Interesse. Ialt synes 1500—1600 Sera at være undersøgt. Desværre fremgaar det ikke af Arbejdet, om Diagnoserne altid har været støttet paa bakteriologiske Undersøgelser eller alene paa et mere eller mindre sikkert klinisk Skøn; det sidste maa i hvert Fald have været Tilfældet, naar der under »Gonorrhoea in the Female« opføres en Gruppe »Venereal Warts (no other sign)«. Kun enkelte Punkter skal her fremhæves. 18,5 % af Syfilitikere, der benægtede gonorrhoisk Infektion, gav positiv Komplementbindingsreaktion; mindst 10 % af disse viste sig dog at have kliniske Tegn paa Gonorrhoe, hos nogle paavistes endda Gonokokker. Antistofferne udvikles gradvis fra Infektionens 1. til 6. Uge; efter Helbredelsen svinder Komplementbindingsreaktionen langsomt, i Løbet af Maaneder. Komplementbindingsreaktionen er særdeles »delicate«, den kan endog særdeles vel sammenlignes med Wassermannreaktionen ved Syfilis. Med Hensyn til Diagnosen af Kvindegonorrhoe er den uvurderlig, og den er af den største Betydning i alle Tilfælde — baade mandlige og kvindelige — som Bevis paa Sygdommens Helbredelse. — Ejendommelig er *Thomsons* Angivelse af, at Sera fra 3 af 4 normale Forsøgsindivider ½ Time efter Indgift af ca. 1 Gram (15 grains) Kalciumklorid gav positiv Komplementbindingsreaktion, der atter svandt efter ca. 6 Timer.

Med *Thomsons* Teknik opnaaede ogsaa *Hunter* Resultater, der ifølge *Thomson* »ligger langt over dem, der hidtil er opnaaet af nogen anden Undersøger af dette Emne«.

Som den første skandinaviske Forsker har *Vollmond* beskæftiget sig med Komplementbindingsreaktionen som en Hjælp til den kliniske Gonorrhoediagnose. Der anvendtes et 8-valent Antigen ved de indledende Undersøgelser over Forekomsten af Antistof i 26 Sera, hvoraf de 18 hidrørte fra gonorrhoiske Patienter; Resultaterne heraf var dog »saa lidet opmuntrende, at de alt andet end tilskyndede mig til umiddelbar Fortsættelse«; kun 2 Sera gav stærkt positiv Reaktion (fra et ukompliceret og et kompliceret Gonorrhoetilfælde). *Vollmonds* Konklusioner, der altsaa paa dette Omraade i det væsentlige maa bygge paa tidligere Undersøgeres Resultater —, gaar dog ud paa, at man, selv paa det nuværende Stadium ikke kan frakende Komplementbindingsreaktionen nogen diagnostisk Værdi ved de gonorrhoiske Betændelsestilstande. »Sikkert er det, at Komplementbindingsmetoden i visse Tilfælde kan være det eneste Middel, hvorved man med Sikkerhed vil kunne diagnosticere en Gonokokinfektion, og derfor maa det haabes, at Reaktionen med Tiden ogsaa vil finde Indpas i den danske Klinik.«

Efter at *Vollmond* i sit Arbejde havde paavist 3 serologisk ret skarpt adskilte Gonokokgrupper, prøvedes 46 Patientsera overfor de paagældende 3 monovalente Typeantigener. 12 Sera gav positiv Reaktion, og denne var altid kraftigst ved Anvendelse af Type I-Antigen; desuagtet fandtes Infektionen i intet af de 7 Tilfælde, hvis Infektionstype blev bestemt, at være foraarsaget af Type I. Antistofferne syntes altsaa ikke at være typepræget.

Hos sunde Individer lykkedes det ikke at fremkalde paaviselige Antistoffer ved de almindeligt anvendte terapeutiske Vakcinedoser. Hos gonokokinficerede Patienter lod Antistof sig paavise i ca. 60 % efter Vakcinebehandling.

Da de Problemer, der rejser sig ved Drøftelsen af Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe, i alt væsentligt fremgaar af de hidindtil citerede Arbejder, skal af det sidste Femaars herhenhørende righoldige Literatur kun anføres Forfatter-

nes vigtigste Konklusioner; hvor Arbejderne afslører nye Synspunkter eller fra tidligere Undersøgere stærkere divergerende Anskuelser eller Erfaringer, skal de dog gøres til Genstand for nærmere Omtale.

Finkelstein (1924) anser Komplementbindingsreaktionen for ganske specifik og beklager, at den serologiske Metode er bleven meget forsømt af Klinikerne.

Heuck & Lochbrunner (1924): Komplementbindingsreaktionen er praktisk af høj Værdi og maa ubetinget medtages som diagnostisk Hjælpemiddel; dog var Resultaterne med de i Handelen værende Vakciner som Antigener paafaldende uspecifike og for varierende til praktisk Anvendelse.

Kloeppel (1924): I diagnostisk Henseende er Komplementbindingsreaktionen Wassermannreaktionen jævnbyrdig, hvad Procentantallet af positive Reaktioner angaar, overlegen hvad Specifiteten angaar. — Efter Vakcineinjektioner paa sunde Mennesker saas i en Del Tilfælde Stimulation af specifik Antistofdannelse. — Der fandtes næppe een uspecifik Komplementbindingsreaktion til Trods for, at 30 Kontrolsera hidrørte fra Wassermann-positive Syfilitikere.

Cohn (1924): Mærkværdigvis har Komplementbindingsreaktionen ikke fundet samme almindelige Anerkendelse som Wassermannreaktionen, i hvert Fald er den blevet forsømt i Tyskland. Som Kriterium for en Gonorrhoikers Helbredelse maa blandt andet forlanges, at Komplementbindingsreaktionen ikke mere er positiv, i hvert Fald ikke for de kvindelige Patienters Vedkommende.

Herrold (1924) fandt, at Agglutinationsmetoden var en sikker og en lettere Erstatning for Komplementbindingsreaktionen. Sera, der var selvhæmmende ved Komplementbindingsforsøg, kunde anvendes til Agglutinationsprøven.

Procházka (1924): Positiv Komplementbindingsreaktion kan bestaa aarevis efter Gonorrhoeens Helbredelse. — Hos en ringe Del af Patienterne fandtes paa intet Tidspunkt af Infektionen positiv Seroreaktion, nemlig hos saadanne, hvor Infektionen havde et særligt benignt Forløb, og hos saadanne, hvor Infektionen havde et særligt svært Forløb. Dette forklares ved, at

Infektionen hos de førstnævnte skyldes svagt virulente Gonokokker, der foranlediger en »ren Anterior-Proces«, begrænset til Slimhindeoverfladen, derfor ingen Antistofdannelse. Hos de sidstnævnte: meget virulente Gonokokstammer, altid Komplikationer, Organismen ude af Stand til at danne Antistoffer (Analogi ved Pirquets og Wassermanns Reaktioner). — Effekt af Vakcineterapi kan kun forventes i de Tilfælde, hvor Organismen selv er i Stand til at danne Antistof, d. v. s. de seropositive.

Tulloch (1925): Wassermann-positive Sera giver ikke falske Komplementbindingsreaktioner, i hvert Fald kunde højst 7 af 261 positive Komplementbindingsreaktioner paa Syfilitikersera eventuelt være fejlagtige (2,6 %). Reaktionen er i det hele meget specifik: af 561 Resultater var 48 tilsyneladende »uspecifike«, højest mulige Forsøgsfejl altsaa ca. 6 %. I Virkeligheden viste dog Gonorrhoeen sig uomtvistelig i 18 af de nævnte 48 Tilfælde; de resterende 30 — Kvinder — var sendt til Undersøgelse paa Grund af stærk Mistanke om Gonorrhoe eller en notorisk Gonorrhoe i Anamnesen.

Cohn & Gräfenberg (1925): Komplementbindingsreaktionen er et særdeles egnet »Fruhdiagnosticum«. Man har set positiv Reaktion allerede paa 4. Infektionsdag. (Det forekommer dog ikke Læseren sandsynligt, at en ældre gonorrhoisk Infektion med Sikkerhed kan udelukkes: det drejede sig om en Uretritis hos en Kvinde, hvis Uterus var fjernet for flere Aar siden paa Grund af Abort og Perforation). Nogle, ogsaa komplicerede Gonorrhoetilfælde gav ingen Komplementbindingsreaktion; disse helbredtes overordentlig hurtigt. Giver saadanne paradokse Komplementbindingsreaktioner prognostiske Oplysninger om Forløbet? — Sygdommens Lokalisation gør ingen Forskel i Reaktionsstyrken: ved en alene til Uretra lokaliseret Kvindegonorrhoe fandtes lige saa stærk Reaktion som ved de sværeste Adnekslidelser. Det gaar ikke an, kun at lægge Vægt paa de stærkt positive Reaktioner. Reaktionen er specifik og arbejder efter alt at dømme saa upaaklageligt, at ogsaa svage Reaktionsudslag er afgørende for Diagnosen. En Person, der har lidt af Gonorrhoe, og som endnu giver positiv Komplementbindingsreaktion, maa anses for endnu ikke helbredt, selv om man ikke mere finder Gonokokker ved mikroskopisk Undersøgelse. Vi

maa bestræbe os for at behandle enhver Gonorrhoepatient, indtil Komplementbindingsreaktionen er negativ. Gennemsnitlig svinder Reaktionen allerede i 4. Uge efter klinisk Helbredelse. — Hvis et positivt Patientserum lagres, forøges dets Reaktionsstyrke; men et negativt Serum bliver ikke herved positivt. — Ved Vulvovaginitis infantum giver Reaktionen upaaklagelige Resultater, ligeledes hos gravide og febrile Patienter. Komplementbindingsreaktionen bør finde den mest udstrakte Anvendelse, da den alene i Tvivlstilfælde giver Oplysning om Patientens Infektiøsitet. Reaktionen skulde bestandig tjene som Slutsten paa den moderne Gonorrhoediagnose.

Gräfenberg (1925) gentager ovennævnte Konklusioner paa Basis af 218 Komplementbindingsundersøgelser paa et gynækologisk Patientmateriale. Forfatteren har ofte set bakteriologisknegative, men seropositive kvindelige Patienter foraarsage friske Gonokokinfektioner. Om Helbredelse er indtraadt, kan kun gøres afhængig af Seroreaktionen. Kun herved vil det lykkes at erkende Gonokokbærere og at sætte virksomme Skranker for Gonorrhoeens Udbredelse. Tillige er Komplementbindingsreaktionen meget vigtig for Opklaringen af kvindelige Adnekslidelsers ætiologiske Forhold til Gonokokinfektionen. —

Meget karakteristisk for den Mangel paa Interesse for den kliniske Udnyttelse af Komplementbindingsreaktionen, der hidtil har raadet i de nordiske Lande, skal det i denne Forbindelse nævnes, at Reaktionen ikke er omtalt ved det samme Aar (1925) i København afholdte 15. Møde af nordisk kirurgisk Forening, hvor dog de ikke-tuberkuløse Adnekslidelser var under Debat. Heller ikke nævnes den i en samtidig mellem *Almquist* og *Bjørling* ført Tidsskriftdiskussion, der omhandler Spørgsmaalet om, hvornaar Gonorrhoepatienter kan anses for helbredte.

Rubinstein (1925): Omtrent 30 % af stærkt Wassermannpositive Luessera gav stærkt eller svagt positive Komplementbindingsreaktioner for Gonokokker »en l'absence de gonococcie«. — Ved kronisk Gonorrhoe og tardive Komplikationer faar Komplementbindingsreaktionen sin fulde Værdi. Wassermannreaktionen, Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker og Besredkas Tuberkulosereaktion tillader ofte at opdage Sygdommens bestemte Ætiologi i fuldstændig Overensstemmelse med Kliniken, men hvor denne alene er ude af Stand dertil.

Besançon, Weil & Rubinstein (1925): Komplementbindingsreaktionen fortjener at indgaa i Praksis ved Ledlidelser; dens Interesse ved Kvindesygdomme er betydelig. Overfor mandlige Patienter er dens Betydning ofte ikke mindre. Reaktionen har vist den relative Hyppighed af en speciel, lidet kendt gonorrhoisk Reumatisme, der viser sig lang Tid efter at Uretralinfektionen er definitivt svundet (3 Tilfælde af denne Art refereres). 3 subakute Meningokokartroiter gav ingen Komplementbindingsreaktion for Gonokokker.

Cervera & Reinoso (1925): Komplementbindingsreaktionen er værdifuld for Differentialdiagnosen af specifike Organsygdomme (Iriter, Artroiter o. s. v.). Reaktionen var positiv ved 31 af 50 undersøgte Gonorrhoetilfælde.

Pellegrini (1925) fandt kun positiv Komplementbindingsreaktion i meget faa Tilfælde af gonorrhoisk Infektion (fra 8—33 %). Ved Anvendelse af Arthigon som Antigen gav endda kun 3 af 98 Gonorrhoepatienter positiv Reaktion.

Gnocchi (1925): Komplementbindingsreaktionen er i høj Grad specifik; den har vist sig meget nyttig som diagnostisk Kriterium, og den staar i direkte Forhold til den infektiøse Proces' Udbredelse. Ved akute eller alene til Uretra lokaliserede Infektioner svinder Reaktionen næsten altid i Løbet af 40 Dage efter den kliniske Helbredelse. 80 % af de kvindelige Uretriter var seronegative 2 Maaneder efter Helbredelsen. I komplicerede Tilfælde svinder Reaktionen langsommere.

Lombardo (1925): Komplementbindingsreaktionen er af utvivlsom Værdi ved den gonorrhoiske Infektion. Den er altid positiv ved gonorrhoiske Komplikationer, mangler konstant hos Ikkegonorrhoikere.

Cohn (1925) fandt, at et monovalent Antigen havde lige saa stor Virkningsbredde som et 5- og et 11-valent, i hvilke den til Fremstilling af det monovalente Antigen benyttede Gonokokstamme medindgik. »Er et positivt Serum blevet negativt, og giver Mikroskopien, gentagne Kulturundersøgelser samt den kliniske Undersøgelse ikke mere et mistænkeligt Fund, saa tør vi anse Helbredelsen for sandsynlig«(!).

Dombray (1926): Tidligere Forfatteres uoverensstemmende Resultater skyldes de forskellige Metoder og den forskellige Teknik. — Ved Undersøgelse af 248 Gonorrhoepatienter fand-

tes den mest fuldkomne (og hidtil usete) Overensstemmelse mellem Komplementbindingsresultaterne og Kulturforsøgene: hos 161 angives Resultatet af begge Undersøgelser at have været positivt — selv ved flere Aar gamle Infektioner —, hos Resten negativt!. Reaktionen er altsaa specifik. Reaktionen indtræder ved Infektionens Regyndelse og forsvinder ved Helbredelse. Den offentliggjorte Forsøgsrække omfattede kun Mænd, men det forsikres, at Resultaterne hos kvindelige Patienter var lige saa nøjagtige. Alligevel meddeles i et supplerende Arbejde, at Kulturerne fra de undersøgte Kvinder kun sjældent viste Vækst af Gonokokker.

Sophie Iaskolko (1926) har undersøgt 689 Sera fra 502 Patienter, for hvis kliniske Forhold *Timoféeff* (1926) gør Rede. Komplementbindingsreaktionen fandtes sædvanligvis af en for hver enkelt Organlokalisation særlig Styrke. Feber har ingen Indflydelse paa Seroreaktionen. Ved Epididymitis var Reaktionen stærkest 8—12 Dage efter Komplikationens Indtræden. En særlig Betydning for Komplementbindingsreaktionens varierende Styrke ved gonorrhoiske Komplikationer tillægges Vesicula seminalis' Forhold. En stærk positiv Reaktion betyder næsten altid, at Gonorrhoeen er kompliceret med Vesiculitis. Uretritis anterior (ogsaa den med akut Lymfangitis dorsalis penis komplicerede) gav kun svagt positiv Komplementbindingsreaktion; naar der senere udviklede sig periuretrale Abscesser, steg Reaktionen stærkt, for atter at falde, naar Abscessen tømtes ved Incision. *Timoféeff* mener at kunne opstille detaillerede Regler for Organismens immunisatoriske Reaktioner: aabne Organer med godt Afløb for Betændelsesprodukterne giver kun en ringe Grad af Autoimmunisation (sml. *Priestley);* Abscesser, der dannes i Nærheden af aabne Organer, giver meget stærk Autoimmunisation. Lukkede Organer med løst Bindevæv, rigt paa Blod- og Lymfekar giver ogsaa meget stærk Autoimmunisation. Organer, der er aflukkede med væsentlig senede Strukturer, giver svag Autoimmunisation. Lukkede, akut inflammerede Organer, der er isolerede ved en komplet fibrøs Kapsel immuniserer ikke Organismen, men Autoimmunisationen naar høje Grader, naar Betændelsen angriber Kapslen og omgivende Væv. Ved kroniske Processer aftager Autoimmunisationen.

Ethel Sherman & Sarah Norton (1926) fandt et meget større

Antal positive Komplementbindingsreaktioner hos Gonorrhoikere ved Undersøgelse af Serum i aktiv end i inaktiveret Tilstand. Kontrolsera gav ingen Reaktion undersøgt i aktiv Tilstand. Fortsatte Undersøgelser skønnes dog nødvendige for at give sikre Oplysninger om Værdien af Undersøgelse af aktive Sera.

385 Komplementbindingsreaktioner fra 28 Børn med Vulvovaginitis viste, at Alderen er en vigtig Faktor ved Antistofproduktionen; fra 4—8½ Aars Alderen fandtes Reaktionen positiv, specielt ved akute Forværrelser eller ved Infektionens Overgriben paa Cerviks. Børn paa 1—3 Aar i »Vulvovaginitens kroniske Stadium« gav ingen Komplementbindingsreaktion. (Fremstillingen er noget summarisk og ikke helt klar).

Patterson (1926): Overfor den kroniske Kvindegonorrhoe svigter de mikroskopiske diagnostiske Metoder; selv under de bedst mulige Forhold findes ved Dyrkning kun Vækst af Gonokokker i et ringe Antal Tilfælde; der er mange praktiske Vanskeligheder. Komplementbindingsreaktionen er her af den største diagnostiske Værdi; denne giver et højere Procentantal positive Resultater end nogen anden Laboratorieundersøgelse. Men Udførelsen kan ikke betroes de kun delvis uddannede Laboratorieteknikere, som vel kan udføre Rutine-Wassermann-reaktionen. — I Lighed med *Smith & Stone* forsøgte *Patterson* ogsaa Komplementbindingsmetoden med det formodet gonokokholdige Sekret som Antigen overfor et givet Kaninimmunserum. Ved denne Fremgangsmaade fandtes ikke saa mange positive Resultater som ved den sædvanlige Metode; den er derfor denne underlegen som Hjælp til Diagnosen Gonorrhoea chronica; falske positive Reaktioner indtraf ikke.

Spicca (1926) opfatter en positiv Komplementbindingsreaktion som bevisende for Gonorrhoe; en negativ Reaktion udelukker ikke gonorrhoisk Infektion.

Brünauer, Müller & Oppenheims Undersøgelser (1926) viste knap saa mange positive Komplementbindingsreaktioner hos Gonorrhoepatienter som andre Undersøgeres; det menes at ligge i, at man igennem 2000 Kontrolseraundersøgelser var kommen til den Anskuelse, at man ikke rigtig turde udlægge ganske svage Reaktioner som positive. Reaktionens Hovedværdi ligger vel i, at den muliggør Differentialdiagnosen ved visse gono-

rrhoiske Komplikationer; ogsaa ved Afgørelsen af Helbredelse kan den yde god Tjeneste, for saa vidt som det negative Udfald efter en forudgaaende positiv Reaktion maa tydes som Tegn paa Infektionens Helbredelse. Alligevel gives der endnu Fejlkilder.

Gans (1926) er ogsaa noget reserveret: Det synes »aussichtsvoll« at beskæftige sig med Komplementbindingsreaktionen, men den maa i første Linje gøres endnu mere specifik. Af 503 Sygdomstilfælde, der ifølge andre serologiske Erfaringer er særlig tilbøjelige til at give uspecifike Seroreaktioner (Graviditeter, Tuberkulosepatienter, febrile Patienter, Patienter med Svulster og Mavesaar) gav 9 positive Reaktioner, der vel maatte anses for uspecifike.

Jausion & Diot (1926): Manglende Komplementbindingsreaktion er et godt Bevis for Helbredelse. Reaktionens Svingninger efter intravenøse Gonacrine-injektioner undersøgtes.

Fischer (1926): En positiv Wassermannreaktions Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen kan — hvis den overhovedet eksisterer — kun være ganske ubetydelig (undersøgtes paa 716 Sera). Ved ukompliceret Gonorrhoe bliver Reaktionen ofte først positiv efter ½ Aar, ved kompliceret Gonorrhoe allerede efter 5—14 Dage. Den kan forblive positiv endnu 30 Aar efter klinisk Helbredelse; den kan altsaa ikke anvendes ved Spørgsmaal om Infektionens stedfundne Helbredelse. Komplementbindingsreaktionen synes vigtig for Praksis, navnlig differentialdiagnostisk.

Deicher & Lechner (1926): Komplementbindingsreaktionen var ved eet Tilfælde af Gonokoksepsis med gunstigt Forløb stærkt positiv, ved et andet, der endte med Exitus, »tvivlsom negativ«.

Sonea & Vintici (1926) fandt tilfredsstillende Resultater ved Anvendelse af et 30-valent Antigen; Komplementbindingsreaktionen forløb stadig parallelt med de kliniske Forhold. 72 % af Tilfældene var endnu positive ved den kliniske Helbredelse, nogle Maaneder senere kun 25 %.

Johnston (1926): En positiv Komplementbindingsreaktion angiver, at Patienten har et gonorrhoisk Fokus, muligvis latent. En Patient med en 15 Aar gammel gonorrhoisk Infektion gav positiv Reaktion og havde samtidig en gonorrhoisk Iritis.

Bruck, Behrmann & Rosenberg (1926) angiver ved Anven-

delse af Scherings Antigen og aktive Sera at have opnaaet praktisk brugbare og tilsyneladende tilstrækkeligt specifike Resultater, idet man dog maa tage Hensyn til endnu uforklarlige Fejlkilder. 7 af 58 tilsyneladende ikke-gonorrhoiske Patienter gav positive Komplementbindingsreaktioner; »man maa dog være forsigtig med at antage dem for uspecifike«. Reaktionens diagnostiske Værdi er begrænset; om dens prognostiske Betydning kan kun fortløbende Undersøgelser paa et meget stort Materiale give en definitiv Dom. Ved ætiologisk uklare Tilfælde vilde en hyppigere Anvendelse af Komplementbindingsreaktionen oftere kunne bringe Klarhed, end dette hidtil har været muligt. Ved Genitalkatarrher og ved Ægteskabskonsens vil en positiv Komplementbindingsreaktion mane til forhøjet Opmærksomhed og Forsigtighed.

Gheorghiu (1926): Komplementbindingsreaktionen har vist sig positiv hver Gang, der eksisterede Gonokokker i Organismen; Reaktionens Intensitet staar i direkte Forhold til Antallet af Bakterier i de undersøgte Eksudater. Reaktionen svinder hos behandlede Patienter, naar man ikke mere kan paavise Nærværelsen af Gonokokker. Reaktionen er strengt specifik; den kan finde endnu langt større Anvendelse ved kroniske Affektioner, hvor det er vanskeligt at paavise Gonokokker ved direkte Undersøgelse.

Cohn (1926): Kaninsera gav næsten altid uspecifike Komplementbindingsreaktioner; ogsaa Marsvinesera kunde give uspecifike Resultater. Lagres Serum mere end 3 Dage, risikerer man uspecifike Reaktioner. Af 3 Tilfælde af Meningokoksepsis gav 1 positiv Komplementbindingsreaktion for Gonokokker. — Om Gonorrhoeens maligne eller benigne Forløb tillader Reaktionens Udfald ingen bindende Slutninger; der tilkommer Komplementbindingsreaktionen stor praktisk Betydning.

Syffert (1926): Komplementbindingsreaktionen mangler hos ganske unge Børn; »denne Omstændighed betinges af deres manglende serologiske Modning«. — 50 % af Reaktionerne ansaas for uspecifike; »her maa man antage arvelige Ejendommeligheder«. En positiv Reaktion kan bestaa i Aarevis uden at turde gælde for en Fokus-Indikator.

Mayer (1926): Komplementbindingsreaktionen kan være af særlig Betydning for Gynækologien ved Differentialdiagnosen

mellem tuberkuløse og gonorrhoiske Adnekstumores. — Positive Reaktioner hos Ikke-Gonorrhoikere kunde muligvis forklares paa Grundlag af intrauterint erhvervede, til en positiv Komplementbindingsreaktion nødvendige Serumkvaliteter; ved Gonorrhoe i Svangerskabet kunde disse gaa over i Fosteret.

Leven (1926) ønsker Komplementbindingsreaktionen udarbejdet til et Kriterium paa indtraadt Helbredelse eller endnu bestaaende Infektion.

Ved Societá italiana di dermatologia sifilografia's 23. Møde i Rom 16. December—18. December 1926 var Emnet for 2. Mødedag: Den biologiske Undersøgelse ved den gonorrhoiske Infektion; som Indleder fungerede *Crosti*: Komplementbindingsreaktionen fortjener at finde Indpas i den kliniske Praksis i Modsætning til Præcipitin- og Agglutinationsreaktionerne. Ved Uretritis gonorrhoica uden dyberegaaende Komplikationer plejer den positive Komplementbindingsreaktion at svinde inden 2 Maaneder efter Helbredelsen; ved komplicerede Tilfælde kan den holde sig endnu meget længere. Reaktionen har ved Artroiter og Adnekslidelser en saadan Betydning, at man — hvis Seroreaktionen gentagne Gange er negativ — maa tænke paa et andet ætiologisk Moment end den gonorrhoiske Infektion. Reaktionen giver dog jævnlig uspecifike Resultater, navnlig hos Syfilispatienter.

Buquicchio havde daarlige Erfaringer med fire forskellige Antigener. Komplementbindingsreaktionens Specifitet er ikke absolut, men afhængig af det anvendte Antigen; Reaktionens praktiske Værdi er ringe.

Spicca: Komplementbindingsreaktionen er i høj Grad specifik, dog kan syfilitiske Sera ikke sjældent reagere positivt, uden at Gonorrhoe er paaviselig. Reaktionens videnskabelige Værdi er ubestridelig. Klinisk er den brugbar ved Diagnosen af kronisk Gonorrhoe og af ætiologisk tvivlsomme Komplikationer.

Balbi & Balduzzo: Komplementbindingsreaktionen er en meget delikat og inkonstant Reaktion, som er underkastet mange Forsøgsfejl; af 47 Kontrolsera gav 4 positiv Komplementbindingsreaktion (alle Wassermann-positive Syfilissera).

Lanteri: Komplementbindingsreaktionen fortjener fuld klinisk Opmærksomhed, selv om den svigter i ca. 21 % af gonorrhoiske Infektioner. Dens positive Udfald er dog bevisende og angiver, at Sygdommen endnu ikke er helbredt.

Jaja: Komplementbindingsreaktionen synes kun at have ringe Betydning i praktisk Henseende, selvom den udviser en betydelig Specifitet.

Tornabuoni: Komplementbindingsreaktionen er en for besværlig, inkonstant og utilstrækkelig specifik Reaktion, til at man vilde kunne tillægge den praktisk Betydning.

---

v. Heiner (1926): 8 af 112 Kontrolpatienter gav positive Komplementbindingsreaktioner; ved fornyet klinisk Undersøgelse af disse paavistes hos de 3 gramnegative Diplokokker. — En positiv Reaktion ved Uretritis anterior er et mere eller mindre ugunstigt prognostisk Tegn. Ved i længere Tid bestaaende Uretritis anterior + posterior er Reaktionen saa at sige uden Undtagelse positiv. — 32 Gonorrhoepatienter, der havde haft svære Komplikationer, undersøgtes tidligst 6 Uger efter deres kliniske Helbredelse; de var da alle seronegative. — Det er en stor Fejl at slutte, at det er et sikkert Tegn paa Helbredelse, naar en tidligere positiv Komplementbindingsreaktion bliver negativ; Reaktionen kan meget vel svinde, selv om der endnu findes smaa Betændelsesfoki med Gonokokker.

Hecht (1927) anbefaler Komplementbindingsreaktionen ved Hjerte- og Ledsygdomme, Sepsis, Adnekslidelser, kirurgiske Sygdomme og Øjenlidelser af tvivlsom Ætiologi, og hvor man ved Differentialdiagnosen maa have gonorrhoisk Infektion in mente.

Wagner (1927): Den varierende Antistofmængde og Antigenets Inkonstans formindsker Komplementbindingsreaktionens praktiske Værdi.

Walčew (1927): Ved Komplementbindingsreaktionens Hjælp rykker Afgørelsen af Tidspunktet for Gonorrhoepatienternes Helbredelse, navnlig for de kvindelige Patienters Vedkommende, sin Løsning nærmere.

Lanteri (1927) undersøgte paa 100 Individer Komplementbindings-, Agglutinations-, kutan og intradermal Reaktionernes

Ydeevne. Komplementbindingsreaktionen viste sig bedst; den alene lader sig praktisk udnytte; den udmærker sig ved sin Specifitet.

Gieszczykiewicz & Terajewicz (1927): For Diagnosen af Mandfolkegonorrhoeen er den serologiske Metode værdiløs, da den er negativ i den første Tid, endda ved Komplikationer. For Kvindegonorrhoeen derimod, hvor de andre Undersøgelsesmetoder oftere svigter, er den af stor Vigtighed og viser sig positiv i et betydeligt Procentantal af Tilfældene.

Mondor & Urbain (1927): Ved gonorrhoiske Ledkomplikationer synes Komplementbindingsreaktionen os nyttig; dens positive Svar verificeres næsten altid; dens negative Svar er ikke afgørende. Dens Teknik bør fuldkommengøres. — 3 Tilfælde af Hyperostosis gonorrhoica calcanei gav alle positiv Komplementbindingsreaktion.

Jausion, Meersseman & Pecker (1927): Komplementbindingsreaktionens Specifitet er uomtvistelig; af 500 Kontrolpatienter gav kun een stærkt positiv Reaktion (et Tilfælde af Erytema nodosum med stærk Lymfocytosis spinalis). En positiv Wassermannreaktion generer ikke Komplementbindingsreaktionen. Reaktionen kan blive positiv meget tidlig efter Infektionen, for Eksempel 48 Timer efter Udfloddets Begyndelse; som Regel indtræder den dog først fra 8.—30. Sygdomsdag; den stiger meget hurtigt i Intensitet; fra 60. Sygdomsdag falder Intensiteten langsomt for at svinde i Infektionens 3. eller 4. Maaned. Ved Uretro-prostatiter fandtes efter 4. Maaned endnu 42 % positive Reaktioner; under disse Forhold spiller Komplementbindingsreaktionen en stor Rolle, da Mikroskopien, ja selv Spermakultur sjældent eller meget sjældent giver overbevisende Resultater til Trods for Anvendelse af megen Tid.

Ved Reinfektioner synes den præserologiske Periode at forlænges indtil 45 Dage. »Indgaaende serologiske Studier af den gonorrhoiske Artroit tillader os uden den mindste Betænkning at give Komplementbindingsreaktionen la place d'élection«. 61,5 % af Orchi-epididymiter gav positiv Reaktion; ved Punktur af formentlig gonorrhoiske Epididymiter fandtes disse ofte foraarsaget, ikke af Gonokokker, men af en Gonorrhoeen ledsagende sekundær Infektion (Stafylokokker, Enterokokker, Colibaciller). Komplementbindingsreaktionen er praktisk, nødven-

dig og tilfredsstiller paa vor Erkendelses nuværende Stade sin tredobbelte Hensigt: at opdage Gonorrhoeen, at følge dens Tilbagegang under Behandling, at sikre Klinikerne den profylaktiske Kontrol overfor Gonorrhoikerne. At betragte en negativ Komplementbindingsreaktion som et Kriterium paa stedfunden Helbredelse vilde være at tillæge Gonorrhoeen en Rolle som en immuniserende Sygdom, hvad den ikke er.

Dombray (1927) kom ved Undersøgelser af Gonorrhoeens biologiske Diagnostik til Resultater, der i hvert Fald for Kulturforsøgenes Vedkommende i nogen Grad adskiller sig fra de af ham i 1926 meddelte: ved Størstedelen af Gonorrhoetilfældene giver Kulturforsøgene ikke positive Resultater, naar bortses fra de akute Tilfælde; for Kvindegonorrhoeens Vedkommende fandtes endda kun positive Kulturforsøg i de Tilfælde, hvor Infektionen ikke var mere end ca. 8 Dage gammel; saa snart Infektionen blot var 3 Uger gammel var Procentantallet af positive Resultater ved denne Metode 0. Naar Gonokokkerne let lod sig paavise ved direkte Mikroskopi af Sekreterne, lykkedes ogsaa Kulturforsøgene, men i de Tilfælde, hvor den mikroskopiske Paavisning var vanskelig, hændte det, at Kulturerne var negative. Anvendelse af Kulturforsøg giver altsaa ikke tilstrækkelig nøjagtige Oplysninger til at stille en sikker Diagnose; man maa ikke anse de negative Resultater som bevisende.

Komplementbindingsreaktionen er Kulturforsøgene langt overlegen; den forener Maksimum af Specifitet og Sensibilitet; den giver konstante og nøjatige Resultater; den giver de færreste Muligheder for Fejltagelse. En positiv Komplementbindingsreaktion angiver Nærværelsen af Gonokokker i Organismen, et negativt Udfald — med *Dombrays* Teknik — udelukker enhver gonorrhoisk Infektion! »Nous ne l'avons pas trouvé en défaut. Mais comme il est possible de se trompee dans une interpretation clinique, nous ne dirons pas que cette réaction donne une réponse certaine dans 100 % des cas, mais dans 99 %, laissant ainsi à l'erreur possible un faible coefficient«(!). Efter den akute Gonorrhoes 8. Dag fandtes Reaktionen konstant positiv ved alle mulige gonorrhoiske Manifestationer. Ved andre Lidelser fandtes den lige saa konstant negativ (ogsaa ved Cerebrospinalmeningiter). Sin højeste Styrke naar Reaktionen omkring 20. Infektionsdag; derefter holder den sig næsten konstant

i omkring 4 Uger, hvorefter den begynder at aftage henimod 40.—50. Dag; omkring dette Tidspunkt er Komplementbindingsevnen forsvundet (disse Tidsangivelser forekommer ret uforstaaelige). Hvis det er rigtigt, at Komplementbindingsreaktionen holder sig positiv en vis Tid efter Helbredelsen, saa aftager — ifølge *Dombray* — i hvert Fald dens Intensitet hurtigt, efter progressiv Skala, fra Helbredelsesøjeblikket.

Servindt & Goldberg (1927) fandt paa et Materiale af 342 Sera Komplementbindingsreaktionen positiv i 47 % af akute Gonorrhoeer, i 80 % af subakute Gonorrhoeer og i 82 % af komplicerede Gonorrhoetilfælde.

Kadisch (1927) fandt ved Anvendelse af Scherings Antigen og aktive Sera 105 uspecifike Resultater blandt 159 positive Komplementbindingsreaktioner; udført paa den angivne Maade er Reaktionen altsaa ubrugelig.

Lissovskaja (1927) forsøgte i Komplementbindingsreaktionen at anvende Gonorrhoepatienters Urin som Antigen overfor et kendt Gonokokserum uden at opnaa overbevisende Resultater.

Jausion, Meersseman & Pecker (1927) fremstillede et Antigen af 11 4 Dage gamle Gonokokkulturer i Ascitesbouillon; der tilsattes 4 % Kaliumhydroksydopløsning i Forholdet 1:10; efter Henstand ved 37° i 6 Dage indtraadte Lysis; nu inddampedes Vædsken til ¼ af det oprindelige Volumen. Dette Ekstrakt fortyndedes med 10 Dele ren Metylalkohol og filtreredes efter 48 Timers Henstand ved Laboratorietemperatur. Med dette Antigen angives Komplementbindingsreaktionen at være mere specifik og sensitiv end ved de tidligere anvendte Metoder. Nye Undersøgelser skønnes dog nødvendige.

Wreszynski (1927): Ca. 2 % af Komplementbindingsreaktionerne synes uspecifike. Uspecifiteten overstiger ikke væsentlig den ved Wassermannreaktionen fundne. Komplementbindingsreaktionen yder god diagnostisk Tjeneste; den skulde ikke mere mangle ved Hospitaler. Det anbefales at centralisere Antigenfremstillingen, om muligt statsligt. Forfatterens Erfaringer er endnu for faa til at afgøre Tidspunktet for den positive Reaktions Forsvinden. Ved den aktive Serummetode lykkedes det ikke at faa brugbare Resultater.

Hecht (1927 og 1928) fandt, at Komplementbindingsreaktionen med aktive Sera kunde erstatte »den klassiske *Bordet-Gen-*

gou-Reaktion ved Gonorrhoe«; dog maa dens Resultater tolkes med yderste Forsigtighed og altid i nøje Forbindelse med den kliniske Undersøgelses Resultater. Findes saavel Wassermann- og Komplementbindingsreaktionen positiv hos samme Patient, er en gonorrhoisk Affektion mulig, men paa ingen Maade sikker. En negativ Komplementbindingsreaktion betyder lige saa lidt som en negativ Wassermannreaktion.

Podestà (1928): Ved gonorrhoisk Infektion dannes utvivlsomt specifike Antistoffer, der er paaviselige ved Komplementbindingsreaktion omtrent fra Infektionens 20. til 70. Dag; ved latente Infektioner maa Paavisningen anses for usikker.

Kunewälder (1928) anfører i et bemærkelsesværdigt Arbejde: »Selv om vi ogsaa er af den Formening, at mange Arbejder er gaaet for vidt i den gunstige Bedømmelse af Komplementbindingsreaktionen, saa har vi dog ogsaa kunnet overbevise os om, at Metoden virkelig yder god Tjeneste ved mange kliniske Spørgsmaal«. — Ved akut Utretitis anterior fandtes kun overordentlig sjældent positiv Reaktion 3—4 Dage efter Symptomernes Begyndelse, og da specielt naar Uretriten var ledsaget af Ødema præputii, Lymfadenitis o. s. v. Maksimum af positive Reaktioner naas i Infektionens 3. Uge. En til Stadighed negativ Reaktion synes at tyde paa Mangel af Antistoffer (denne Opfattelse staar i Samklang med de ofte ringe lokale Betændelsesfænomener i disse Tilfælde) og opfordrer til særlig intensiv Terapi. Blandt de til Stadighed seronegative Tilfælde iagttoges mange Recidiver. — Ogsaa ved Uretritis posterior fandtes en Del stadigt seronegative Tilfælde. En tidligt meget stærk Komplementbindingsreaktion fulgtes ofte af Komplikationer. Klinisk helbredte Tilfælde forblev under flere Maaneders Kontrol recidivfri, naar de ved Behandlingens Afslutning havde været seronegative; derimod var det paa ingen Maade usædvanligt, at Tilfælde, der endnu flere Uger efter klinisk Helbredelse gav positiv Komplementbindingsreaktion, uventet recidiverede klinisk. Ved 34 Tilfælde af ikke-gonorrhoiske Epididymiter fandtes ingen Komplementbindingsreaktion; ligeledes var 30 ikke-gonorrhoiske Artroiter seronegative, hvorimod 20 gonorrhoiske Artroiter alle gav positiv Reaktion. — Som Kontrolmateriale benyttedes 430 ikke-veneriske, navnlig differentialdiagnostisk vanskelige Tilfælde. 22 gav svagt positiv Komplementbindings-

reaktion; enkelte af disse gav ogsaa med Hjerteekstrakt svagt positive Wassermannreaktioner; heraf mener *Kunewälder* at kunne slutte, at det ved en Del af disse Tilfælde drejer sig om Labilitetsreaktioner af uspecifik Natur. Alligevel findes et nævneværdigt Antal svagt positive Reaktioner, der maner til Forsigtighed ved Bedømmelsen af Metoden. I 4 Tilfælde fandtes komplet positiv Komplementbindingsreaktion uden klinisk eller anamnestisk Gonorrhoe (Diagnose var: Polyartroitis reumatica, Iridocyklitis, Psoriasis, Furunkulose). Forfatteren er tilbøjelig til at tro, at en ikke alt for længe i Forvejen overstaaet Gonorrhoe blev fortiet af Patienterne i Betragtning af det store Antal Kontroltilfælde, der var fuldstændigt negative. — Kun »overkomplet positive Luessera« syntes at kunne give — svagt til middelstærkt — positive Komplementbindingsreaktioner trods manglende gonorrhoisk Infektion. — Komplementbindingsreaktionen er vel i Stand til i egnede Tilfælde væsentligt at fremme Gonorrhoediagnosen. Reaktionens yderligere »Ausbau« er dog ubetinget nødvendig, og denne kan kun ske ved fortsatte Undersøgelser med det snævreste Samarbejde mellem Bakteriologi og Klinik.

Dørffel (1928) undersøgte Komplementbindingsresultaterne, dels ved Anvendelse af det i Handelen værende Scheringske Antigen, dels ved Anvendelse af et ad modum *Cohn* fremstillet Antigen. Resultaterne var temmelig ringe:

	Ikke-Gonorrhoikere	Ukompliceret Gonorrhoe	Kompliceret Gonorrhoe
Scherings Antigen	0 % +	18,5 % +	20,5 % +
Antigen ad modum *Cohn*	13 % +	38 % +	59 % +

De uspecifike Resultater hidrørte udelukkende fra syfilitiske Sera, »men alligevel indskrænkes Metodens Værdi derved meget«.

Zoon (1928) betegner Fremstillingen af et virksomt Antigen som det vanskeligste Punkt ved Komplementbindingsreaktionen. *Zoon* fandt samme Resultater ved Anvendelse af et 2-valent som ved Anvendelse af et 6-valent Antigen. Der skelnedes mellem fire Styrkegrader; Reaktionerne i den højeste Styrkegruppe (++++) vilde — mener *Zoon* — sikkert i mange Tilfælde have vist sig at være meget forskellige i Intensitet, hvis der var anvendt højere Serumfortyndinger. — Der fandtes ingen

tydelig Forskel paa Procentantallet af positive Reaktioner hos første Gangs inficerede og hos flere Gange inficerede Patienter. Hos Patienter med Uretritis anterior svandt Komplementbindingsreaktionen senest 3 Uger efter Helbredelsen. 33 Uretritis-anterior-Patienter fik under Behandlingen en eller flere Komplikationer; disse gav alle paa et eller andet Tidspunkt positiv Komplementbindingsreaktion; i 51 % indfandt denne sig før Komplikationen. Af de Uretritistilfælde, der forblev ukomplicerede, gav kun 42 % positiv Komplementbindingsreaktion (Antallet af Patienter forekommer dog for ringe og den procentvise Forskel saa lille, at videregaaende Slutninger næppe er tilladelige). — Af samtlige — 97 — komplicerede Gonorrhoetilfælde, gav 95 positiv Reaktion; kun 2 var til Stadighed negative. Komplementbindingsreaktionen svinder ved de komplicerede Tilfælde langsommere; det synes, at selv en stærk positiv Reaktion endnu to Maaneder efter Helbredelsen ikke kan betragtes som et Bevis for Gonokokkernes fortsatte Tilstedeværelse, i alle disse Tilfælde blev Reaktionen nemlig een Maaned senere negativ eller kun svagt positiv. — Diatermibehandling syntes ikke at stimulere Dannelsen af komplementbindende Antistof; men forøvrigt syntes de stærkt seropositive Tilfælde ikke at have et særlig gunstigt klinisk Forløb. — Komplementbindingsreaktionen syntes ikke at være af Værdi for Diagnosen af Vulvovaginitis infantum, idet kun 3 af 95 herhenhørende Tilfælde gav positiv Reaktion, endda kun svagt positiv. — Ved gynækologiske Tilfælde var Reaktionen af stor Betydning, idet Gonokokkerne i mange Tilfælde først paavistes efter gentagne Mikroskopier, efter at en positiv Komplementbindingsreaktion havde givet et Fingerpeg i denne Retning. — Af 167 Syfilispatienter gav kun 1 positiv Komplementbindingsreaktion: der er ingen Grund til at tro paa, at en positiv Wassermannreaktion har Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen.

Woinow (1928): en positiv Komplementbindingsreaktion er af afgørende Betydning for Diagnosen af tvivlsomme og bakteriologisk ikke erkendte Lidelser.

Gelman (1928): Komplementbindingsreaktionens Fremtid afhænger af Antigenernes Kvalitet; disse burde stilles til Forbrugernes Disposition ad Handelsvejen. De opnaaede Resultater tillader at slutte, at Reaktionen er absolut specifik; en

positiv Reaktion er et sikkert Tegn paa gonorrhoisk Infektion. Komplementbindingsreaktionen har fuldstændig Borgerret i kroniske Gonorrhoetilfælde med eller uden Komplikationer.

Brühl (1928) undersøgte Komplementbindingsreaktionens Værdi ved Anvendelse af aktive Sera fra gynækologiske Patienter. Det syntes at staa fast, at en positiv Komplementbindingsreaktion — naar Wassermannreaktionen er negativ og Vakcinebehandling er udelukket — er »i høj Grad bevisende« for, at en gonorrhoisk Affektion er eller har været til Stede. Om denne stadig er infektiøs, kan ikke aflæses af Reaktionen, da Reaktionen endnu mange Aar efter sikker klinisk Helbredelse kan være positiv. Komplementbindingsreaktionen kan i Praksis med Fordel anvendes ved Differentialdiagnosen mellem Adneksstumores af gonorrhoisk, tuberkuløs eller septisk Oprindelse. — I hvert Fald er de med aktive Sera opnaaede Resultater ikke daarligere end de med inaktiverede Sera opnaaede, saa at den første Metode kan anbefales, ogsaa paa Grund af dens større Simpelhed.

Hotta & Schwarz (1928): Komplementbindingsreaktionen udført paa inaktiverede Sera har vist sig som et værdifuldt diagnostisk Hjælpemiddel og synes at være den aktive Serummetode overlegen; med denne sidste fandtes kun 30 % »rigtige« Resultater hos kliniske Gonorrhoepatienter.

Benech & Dombray (1928) undersøgte Komplementbindingsreaktionens Rolle i den sociale Gonorrhoeprofylakse (Forfatterne foretrækker at benævne Reaktionen »*Bordet-Gengou-Müller-Oppenheim*'s Reaktion« fremfor det intetsigende »Gono-reaktion«). — Ved Eksamination af prostituerede i Nancy fandtes 100, som frembød usikre kliniske Gonorrhoesymptomer, efter at alle akute eller let erkendelige Gonorrhoetilfælde var udskudt.

Gonokokundersøg. (fra Uretra og Cerviks)	var i	52 Tilf.	positiv,
» » » » »	» i	48 »	negativ,
Komplementbindingsreaktionen	» i	67 »	positiv,
»	» i	33 »	negativ.

I 63 % fandtes Overensstemmelse mellem Gonokokfund og Komplementbindingsreaktion.

I 26 % » ingen Gonokokker, men positiv Komplementbindingsreaktion.

I 11 % fandtes Gonokokker, men ingen Komplementbindingsreaktion.

Ved den sidstnævnte Gruppe (de 11 %) formenes det at have drejet sig om begyndende Infektioner. Komplementbindingsreaktionens Overlegenhed fremfor den bakteriologiske Undersøgelse fremgaar tydeligt af de opnaaede Resultater og bekræftes ved følgende Erfaringer: 26 af Patienterne undersøgtes paa Grund af Klage over Smitte; blandt disse fandtes

i 18 Tilfælde Overensstemmelse mellem Klagen, det positive Gonokokfund og den positive Komplementbindingsreaktion;
i 6 » ingen Gonokokker, men positiv Komplementbindingsreaktion;
i 1 » Gonokokker, men ingen Komplementbindingsreaktion;
i 1 » ingen Gonokokker, ingen Komplementbindingsreaktion.

I mere end 25 % har Klagerne altsaa kun kunnet erkendes som berettigede ved Hjælp af Seroreaktionen.

»Certains ésprits peu versés dans la science sérologique ont pensé que les résultats de la fixation de l'alexine pouvaient être fausses par suite d'une syphilis concomitante«. Blandt 67 Kvinder med positiv Komplementbindingsreaktion var de 50 i antisyfilitisk Behandling, deraf 38 med negativ, 12 med positiv Wassermannreaktion; 17 var ikke syfilitiske. Til Sammenligning var blandt 33 Kvinder med negativ Komplementbindingsreaktion de 20 i antisyfilitisk Behandling, deraf 15 med negativ, 5 med positiv Wassermannreaktion; 13 var ikke syfilitiske. Altsaa har de syfilitiske Antistoffers Nærværelse ingen Indflydelse paa Fiksationen af Gonokokkernes Antistoffer — som det forøvrigt var at vente, da Reaktionen Antistof-Antigen er specifik. »De citerede — noget overflødige — Indvendinger fremsættes sædvanligvis af Forfattere, hvis Kendskab til Serologi er temmelig begrænset. For disse Læger koncentreres alle Seroreaktioner i Syfilisreaktionens. Dette begrænsede Synspunkt og de ejendommelige og unøjagtige Resultater, de opnaar ved Hjælp

af mer eller mindre simplificerede tekniske Metoder, medfører hos visse Aander en Fordom overfor Komplementbindingsmetoden. Naar denne studeres paa videnskabelig Vis, giver den nøjagtigt de præcise Oplysninger, som man kan opnaa med den. Men den maa udføres af Personer, der er fortrolig med serologiske Manipulationer«. — Forfatterne opfatter deres Resultater som et eklatant Vidnesbyrd om Komplementbindingsreaktionens Specifitet og Sensibilitet; overfor Undersøgelsen af Prostitutionsmilieuet har den stor Interesse; den burde praktiseres sideordnet med Wassermannreaktionen. Denne Metode vilde tillade at tilintetgøre eller i høj Grad at formindske Gonorrhoeens smitsomme sociale som individuelle Foki.

Mondor (1928): Komplementbindingsreaktionen synes nyttig ved Diagnosen af gonorrhoiske Artroiter; men dens negative Svar er ikke inappelable. Den alene har ikke vist sig i Stand til afgørende at opklare et uklart Tilfælde. Det er en Undersøgelse, som man kan have Hjælp af, og hvis Teknik man bør perfektionere.

Freudenthal, Fischer & Stern har (1929) fra Universitetskliniken i Breslau meddelt en foreløbig, ret summarisk Oversigt over nogle Komplementbindingsundersøgelser ved Gonorrhoe. Der anvendtes et 40- til 44-valent Antigen. De i Handelen værende Antigener fandtes for Størstedelen uegnede. — Ved akute ukomplicerede Uretriter fandtes 25 % positive Resultater. Der kunde ved det endnu ret lille Materiale ikke paavises serologiske Forskelligheder mellem Uretritis anterior og posterior. 38 % af de undersøgte ukomplicerede Gonorrhoetilfælde hos Kvinder gav positiv Reaktion. Ved gonorrhoiske Komplikationer var Procentantallet af positive Reaktioner mindst 60, dog gav gonorrhoiske Bartholiniter — ialt 4 — ingen Komplementbindingsreaktion. Kun 1 af 12 Vulvovaginitistilfælde gav sikker positiv Reaktion. Af særlig Interesse er Paavisningen af, at positiv Komplementbindingsreaktion overhovedet ikke forekom ved Undersøgelsen af 101 Wassermann-positive Syfilitikersera; Komplementbindingsreaktionen synes i det hele i høj Grad specifik. Metoden vil absolut kunne vinde Indpas i Diagnostiken, specielt i Differentialdiagnostiken. Der bebudes en snarlig Offentliggørelse af større Undersøgelsesrækker.

Cohn (1929) anvender et Antal (6-12) vilkaarlige Gonokok-

kulturer til Fremstilling af Antigen. Typebestemmelse af de til Antigenfremstillingen anvendte Kulturer spiller ingen Rolle. I 5—7 % fandtes uspecifike Hæmninger. I prognostisk Henseende tillader Komplementbindingsreaktionen ingen sikre Slutninger.

Funk (1929): Det synes som om Uretritis-anterior-Tilfælde med negativ Komplementbindingsreaktion forløber hurtigere end de seropositive Tilfælde. — Ved komplicerede Gonorrhoetilfælde kan Reaktionen forblive stærkt positiv i over ½ Aar efter den kliniske Helbredelse. 3 af 21 stærkt Wassermannpositive Luessera gav positiv Komplementbindingsreaktion; 2 Dage senere var Komplementbindingsreaktionen dog forsvunden. Ogsaa 2 Scarlatinasera samt 1 Serum fra en Patient med Meningokoksepsis gav positiv Reaktion.

Scholtz & Dørffel (1929): Scherings Antigen gav utilfredsstillende Komplementbindingsresultater; der anvendtes derfor et polyvalent Antigen fremstillet ad modum *Cohn*. Autoantigener var ikke fordelagtigere. — Reaktionen kan ikke sjældent højst sandsynlig holde sig positiv i mange Maaneder, ja selv Aar efter fuldstændig Helbredelse, særlig efter komplicerede Gonorrhoetilfælde. At en positiv Reaktion bliver negativ synes at være af stor Værdi som Bevis for, at Infektionen er helbredt. Hvor der hos tidligere gonorrhoisk inficerede Patienter paavistes lette katarrhalske Symptomer, men negativ Komplementbindingsreaktion, paavistes aldrig Gonokokker ved Mikroskopi, Kultur eller efter Provokation.

Kwiatkowski & Legeżyński (1929), *Lenartowicz'* Medarbejdere, undersøgte 547 Blodprøver fra 431 Personer, deriblandt 59 Kontrolindivider. Gonargin anvendtes som Antigen, og Sera undersøgtes i inaktiveret Tilstand. Der foretoges Titrering af Reaktionsstyrken ved Hjælp af Komplement; der skelnedes mellem tre positive Styrkegrader. Komplementbindingsreaktionen har aldrig givet Forfatterne uspecifike Resultater, specielt kunde det udelukkes, at syfilitiske Blodforandringer paa nogen Maade har Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker. Af 56 ukomplicerede Uretritides anteriores gav kun 8 % positiv Reaktion, 21,4 % »antydet positiv«. Ved akut Uretritis posterior (31 Tilfælde) fandtes 12,9 % positive, 25,8 % »antydet positive« Reaktioner; ved 127 komplicerede Gonorrhoetilfælde var de tilsvarende Procentantal 84,3

og 11,0. — Reaktionen bliver tidligst positiv paa 17.—20. Infektionsdag; de højeste Reaktionsstyrker findes ved Komplikationerne, 2—3 Uger efter disses Indtræden; dog gav gonorrhoiske Lymfangiter og periuretrale Infiltrater hyppigt ingen Komplementbindingsreaktion.

Af 26 kroniske (d. v. s. 7—8 Maaneder gamle) gonorrhoiske Infektioner gav 46,1 % positiv, 15,4 % »antydet positiv« Reaktion. Af særlig Interesse er Undersøgelsen af 132 Mænd, der i ¼ til 2½ Aar havde været anset for helbredt for en tidligere gonorrhoisk Infektion; i 14,4 % fandtes positiv Reaktion, i 16,6 % »antydet positiv« Reaktion. Af de 19 positivt reagerende Mænd fik 17 senere gonorrhoisk Recidiv; af de »antydet positivt«-reagerende fik 27 % Recidiv. Det fastslaas, at den gonorrhoiske Infektion ikke foranlediger positiv Komplementbindingsreaktion 2—3 Maaneder efter dens Helbredelse; i de 2 (af 47) Tilfælde, der under disse Forhold gav positiv Reaktion, indtraadte senere Recidiv. 2—4 Uger efter intramuskulære Vaccineinjektioner blev Komplementbindingsreaktionen positiv, ogsaa hos sunde Individer.

Prognostisk har Reaktionen ingen Betydning. Et negativt Resultat er heller ikke bevisende for Infektionens Helbredelse, men derimod er en positiv Reaktion et ualmindeligt værdifuldt Fingerpeg.

Som det vil ses, er det næppe gørligt at uddrage et kortfattet Resumé af de i Literaturen nedlagte Erfaringer. Dertil er de Forhold, der har været Genstand for Undersøgelser, for mangfoldige, og de opstillede Problemer betragtede under for varierende Synsvinkler. Naar dertil kommer, at de fundne Resultater er fremkomne ved Anvendelse af en vidt forskellig Teknik, vanskeliggøres en Sammenstilling af de væsentligste faste Holdepunkter yderligere.

Jeg skal dog forsøge at ridse de Linjer op, som er de fremtrædende eller hyppigst tilbagevendende i de tidligere Aars Arbejder. For den tekniske Dels Vedkommende skal kun Antigenets og Patientserums Forhold nævnes.

Af de talrige Antigener, der har været bragt i Anvendelse, forekommer en simpel Opslemning af dræbte Gonokokkulturer

i fysiologisk Saltvand at være det mest hensigtsmæssige; polyvalente Antigener foretrækkes. De i Handelen værende Antigener er som Regel ikke at anbefale.

Patientsera bør undersøges i inaktiveret Tilstand.

Komplementbindingsreaktionens Specifitet bedømmes yderst forskelligt; de uspecifike Reaktioners Antal angives af *Dombray* til 1 %, af *Kadisch* til 66,7 %; mellem disse Yderpunkter findes en Mængde Mellemværdier, alt afhængig af Forfatternes Forsøgsteknik og Bedømmelsesmaade. Særlig Interesse er vist de Wassermann-positive Syfilitikersera, der af *Rubinstein* og *Gauran* fandtes at foraarsage uspecifike Komplementbindingsreaktioner i 30 %, af *Thomson* i 18,5 %, hvorimod de fleste Forfattere afviser den positive Wassermannreaktions forstyrrende Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionen. Derimod findes der almindelig Enighed om, at Sera fra gonokokvaccinebehandlede Individer hyppigt giver positive Komplementbindingsreaktioner.

Reaktionens Sensibilitet fandtes endnu mere varierende end dens Specifitet. Angivelserne om Hyppigheden af positive Seroreaktioner hos samtlige Gonorrhoepatienter svinger fra 3 til 100 %. Som Helhed kan det siges, at det store Flertal af kroniske og komplicerede Gonorrhoetilfælde gav positiv Komplementbindingsreaktion, hvorimod kun Mindsteparten af akute, ukomplicerede Gonorrhoeinfektioner viste sig seropositive.

Angivelserne af Tidspunktet for den positive Reaktions Indtræden varierer fra faa Timer efter Symptomernes Begyndelse til adskillige Uger senere.

Af nogle angives Komplementbindingsreaktionen at svinde samtidig med de kliniske Symptomer; andre mener, at Reaktionen kan persistere i Aarevis efter Infektionens definitive Helbredelse.

Den samlede Bedømmelse af Komplementbindingsreaktionens Værdi har nødvendigvis været Genstand for tilsvarende Svingninger; Reaktionen har været frakendt enhver diagnostisk Betydning, og den har været anset for et uvurderligt klinisk Hjælpemiddel.

Det har været mit Hovedindtryk ved Gennemgangen af Literaturen, at det maatte være muligt ved en adækvat Teknik at skabe en tilstrækkeligt specifik og konstant Komplementbindingsreaktion, der vilde kunne vise sig videnskabelig og praktisk brugbar, forudsat at Antigenfremstillingen og Reaktionens Udførelse lod sig koncentrere i et dertil særlig egnet Institut, saaledes som det her i Landet vilde være muligt paa Statens Seruminstitut, hvor Arbejdets Kontinuitet kunde være sikret, baade hvad Personale og Materiale angaar.

Et Forhold, der maa antages at have været medvirkende til den saa forskellige Bedømmelse af Reaktionens Værdi, er Mangelen af en tilstrækkelig langvarig klinisk Observationstid. Kun i ganske faa Tilfælde har Arbejderne været ledsaget af enkelte Sygejournaler, der oplyste om Patienternes Forhold, saaledes som de tegnede sig paa Baggrund af flere Maaneders eller halve Aars fortsat Observation. Som Regel har Opgørelserne været ret summariske, og de kliniske Oplysninger kun Øjebliksbilleder af den ofte aarelange gonorrhoiske Proces. Det vilde derfor være ønskeligt at gennemprøve den paa konstant Vis udførte Komplementbindingsreaktion paa et stort Patientmateriale, der gennem halve eller hele Aar underkastedes en ensartet klinisk Bedømmelse. Paa denne Maade maatte man forvente at kunne anvise Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe den Plads i den kliniske Diagnostik, som den maatte have videnskabeligt Krav paa.

EGNE UNDERSØGELSER
OVER
KOMPLEMENTSBINDINGSREAKTIONEN
VED
DEN GONORRHOISKE INFEKTION

PATIENTMATERIALET

Det kliniske Materiale omfatter 1610 Patienter, paa hvilke der er foretaget 3018 Komplementbindingsundersøgelser.

Det er i det væsentlige samlet i Løbet af fem Fjerdingaar under min Ansættelse ved Universitetets dermatologiske Klinik paa Rigshospitalet. Undersøgelserne paabegyndtes i Slutningen af April Maaned 1927 og afsluttedes for saa vidt den 30. Juni 1928, som ingen nye Patienter efter denne Termin er medtaget i Undersøgelsesrækken; derimod er de Patienter, der 30. Juni 1928 endnu ikke var færdigbehandlet, saa vidt muligt fulgt, saa længe det har været gørligt, saavel klinisk som bakteriologisk og serologisk.

1379 af Patienterne — d. v. s. 85,65 % af det samlede Patientmateriale — har jeg haft Lejlighed til at observere paa Rigshospitalets Afdeling H. Hos 472 af disse vidstes intet om Gonorrhoe i Anamnesen, ejheller er der i disse Tilfælde paavist Gonokokker i Sekreterne; de indgaar derfor i »Kontrolmaterialet«. Resten — 907 Patienter — omfatter alle de Patienter, der i det nævnte Tidsrum enten har været behandlet paa Afdelingen for en eller anden gonorrhoisk Lidelse, og hvor Gonokokker har været paavist, eller som tidligere har haft Gonorrhoe med positivt Gonokokfund. 13 af disse Patienter figurerer to Gange i Materialet; det er saadanne Patienter, der er observerede i to forskellige Sygdomsperioder, og som derfor er opført under to forskellige Diagnoser (for Eksempel baade under Gonorrhoe I og Gonorrhoe II, eller Gonorrhoe II og Gonorrhoea antea).

231 Patienter (14,35 % af Patientmaterialet) hidrører fra andre Hospitalsafdelinger (Rigshospitalets Afdeling A og C, Rudolph Berghs Hospital, Blegdamshospitalet samt Kysthospitalet paa Refsnæs), eller fra privat Klientel (ialt 12). Ogsaa her gælder det, at samtlige de af mig med Komplementbindingsforsøg undersøgte Patienter er medtagne.

Jeg har anset det for nødvendigt at medtage alle med Komplementbindingsforsøg undersøgte Patienter, til Trods for, at den kliniske Undersøgelse af enkelte af dem maaske ikke har været eller har kunnet blive fyldestgørende. Følgen af at udskyde klinisk mindre godt oplyste Tilfælde vilde let kunne være blevet en — ikke ønsket — Udvælgelse af Materialet, der vilde have kunnet kompromittere Arbejdets Paalidelighed. I hvert Fald vilde jeg have været ude af Stand til at dokumentere det uberettigede i en saadan ret nærliggende Indvending. Hvad nærværende Arbejde ved den valgte Fremgangsmaade paa enkelte Punkter maatte mangle i klinisk Fuldstændighed, det haaber jeg til Gengæld er vundet i saglig Objektivitet.

En Del af Patienterne har jeg kun haft Anledning eller Lejlighed til at undersøge ved en enkelt Blodprøve; andre er fulgt gennem Maaneder eller halve Aar med gentagne — indtil 33 (se Sygejournal Nr. 142, S. 236) — Blodundersøgelser jævnsides med fortsat klinisk og bakteriologisk Iagttagelse. —

For at stille Diagnosen Gonorrhoe hos Kvinder eller Børn har jeg fordret Paavisning i Genitalsekreterne af gramnegative Diplokokker af typisk Form og med typisk intracellulær Lejring.

Hos Mænd er Gramfarvningen overalt bragt til Anvendelse, hvor Undersøgelsen af det metylenblaatfarvede Præparat gav Anledning til mindste Tvivl om de fundne intracellulære Diplokokkers Natur, eller hvor den kliniske Undersøgelse eller de anamnestiske Oplysninger syntes at staa i Modstrid med det bakteriologiske Fund.

Kun ganske undtagelsesvis har jeg forsøgt at isolere Gonokokkerne ved Dyrkning paa Ascitesagar, og det ud fra følgende Betragtninger.

De i Literaturen foreliggende Erfaringer lovede ikke meget af denne Undersøgelse (se *Dixon & Priestley, Jausion, Meersseman & Pecker, Dombray).*

Til Brug ved Antigenfremstillingen havde jeg udsøgt nyligt inficerede ubehandlede Gonorrhoepatienter; under disse Forhold gav Genitalsekreterne i næsten alle Tilfælde god Vækst af Gonokokker. For at danne mig et videre Skøn over Dyrkningsmetodens Ydeevne foretog jeg 40 orienterende Kulturforsøg paa tilfældige Patienter, der var indlagt paa Afdeling H paa Grund af formodet eller erkendt gonorrhoisk Infektion.

I 18 Tilf.	støttedes	Gon.-diagnosen	af anamnestiske Oplysninger.
- 30 —	—	—	- kliniske Fund.
- 26 —	—	—	- positiv Komplementbindingsreaktion.
- 18 —	bekræftedes	—	ved den direkte mikroskopiske Undersøgelse.
- 8 —	—	—	- Dyrkningsresultatet.

Kun i 2 Tilfælde fandtes Gonokokker ved Dyrkning, hvor disse ikke allerede var paavist ved direkte Mikroskopi; i begge Tilfælde tydede det kliniske Fund paa Gonorrhoe, og Komplementbindingsreaktionen var positiv. Derimod fandtes 12 Gange Gonokokker ved direkte Mikroskopi, hvor Kulturforsøgene var negative.

Selv om det saaledes vilde kunne lykkes at paavise Gonokokker i nogle faa Tilfælde, hvor den direkte Mikroskopi har svigtet, støder Metoden paa saa store Vanskeligheder, at den kun i Undtagelsestilfælde kunde bringes i Anvendelse. Ved negativt Udfald maatte Dyrkningen gentages med passende Mellemrum for at kunne være af Værdi, og det vilde være nødvendigt, men næppe altid tilstedeligt, i det paagældende Tidsrum at undlade at behandle Patienterne med de sædvanlige antiseptiske Midler.

Jeg har derfor ment, at en hyppigere gentagen Mikroskopi af Genitalsekreterne i stor Udstrækning maatte træde i Stedet for Dyrkningsforsøg. Dette Standpunkts Berettigelse støttes af *Janet*'s Bemærkninger i »Diagnostic et traitement de la blennorragie« (S. 81—82, Paris, 1929); her fremhæver *Janet*, at Gonokokdyrkningen i Almindelighed er unyttig for at afgøre tvivl-

somme Tilfælde, saa meget mere som Kulturforsøg ikke synes at være fri for Fejlkilder. Man maa eftersøge Gonokokken ikke alene med Mikroskop, men ogsaa med Fornuft! Specielt maa man i tvivlsomme Tilfælde gentage sine Undersøgelser, eventuelt efter en »Ølprøve«; i det uhyre Flertal af Tilfældene er dette tilstrækkeligt til at gøre Diagnosen meget let. —

En videnskabeligt forsvarlig, diagnostisk »Etikettering« af Patientmaterialet og en samlet Opstilling af Tilfældene efter deres Art og Forløb maa ved en saa almindelig udbredt og i sin Fremtræden saa forskelligartet Lidelse som den gonorrhoiske Infektion altid blive overordentlig vanskelig. De herhen hørende Afgørelser maa nødvendigvis af og til — som forøvrigt al klinisk Forskning — være afhængig af et paa personlig Erfaring, Viden og »Indstilling« hvilende Skøn, ikke mindst fordi der af ydre Forhold er sat en Grænse for, hvor indgaaende den lægelige Undersøgelse overhovedet vil kunne blive. Ikke overfor enhver »Kontrolpatient« har man kunnet insistere paa en — som det ofte maa forekomme Patienten — unødig Genitalundersøgelse. Ikke alle Poliklinikpatienter har formaaet at møde til Observation saa hyppigt, som det havde været ønskeligt. I Danmark er man endda paa dette Omraade paa Forhaand bedre stillet end i de fleste andre Lande, idet den — ifølge Lov af 30. Marts 1906 om Modarbejdelse af offentlig Usædelighed og venerisk Smitte — tvungne Pligt for enhver Person, der lider af Kønssygdom, til at være under fortsat Behandling af en Læge, saa længe denne skønner det nødvendigt, yder os en god Støtte i det videnskabelige Efterforskningsarbejde. Takket være denne værdifulde sociale Foranstaltning, har det været mig muligt at samle talrigere og samtidig mere udførlige Sygehistorier end sket er i noget tidligere Arbejde over dette Emne. —

Det er en Selvfølge, at jeg i det foreliggende Arbejde i intet Tilfælde har ladet Komplementbindingsreaktionens Udfald være ret medbestemmende ved Bedømmelsen af Patientens Helbredstilstand og den deraf følgende Afgørelse af Patientens Henføring til den ene eller den anden Patientgruppe; kun den kliniske og i Særdeleshed den bakteriologiske Undersøgelse tør under disse Forhold betragtes som vejledende. —

810 af Patienterne er Mænd, 685 Kvinder og 115 Børn.

Kontrolmaterialet omfatter som nævnt alle de Patienter, hvor der i Anamesen intet er oplyst om gonorrhoisk Infektion, og hos hvilke der ikke paa noget Tidspunkt er paavist Gonokokker, — tilsammen 643 (185 Mænd, 358 Kvinder, 100 Børn). At mange af disse, specielt Kvinder, ikke desto mindre frembød klinisk utvivlsomme Tegn paa tidligere eller endnu bestaaende Gonorrhoe, vil senere blive omtalt.

146 Patienter — alle Mænd — danner Gruppen »Gonorrhoea antea«; til denne Kategori henregnes alle de mandlige Patienter, som i mindst eet Aar har været betragtet som klinisk helbredte for een eller flere forudgaaende gonorrhoiske Infektioner.

435 Mænd med akute, komplicerede eller ukomplicerede, gonorrhoiske Infektioner, — første Gangs inficerede eller flere Gange inficerede —, er opført henholdsvis under »Gonorrhoe I« og »Gonorrhoe II—IV«.

I 44 Tilfælde var den kliniske Diagnose »Gonorrhoea chronica«; herved forstaar jeg Mænd, hvis gonorrhoiske Infektion var over eet Aar gammel, og i hvis Sekreter man indenfor det sidste Aar før Blodundersøgelsen eller kort efter denne har paavist Gonokokker, og som endnu ved Blodtagningen frembrød kliniske Tegn paa Gonorrhoe.

Materialet omfatter 327 Kvinder, der ved Tidspunktet for Komplementbindingsundersøgelsen havde Gonokokker i Genitalsekreterne, eller hos hvilke Gonokokker tidligere var paavist. Det har her ikke været muligt at sondre mellem første Gangs Infektioner og Reinfektioner.

En særlig Undergruppe dannes af 36 Kvinder, hos hvilke Gonokokker er paavist andetsteds, og hvor intet er oplyst om den paagældende Infektions Lokalisation.

Endelig indgaar 15 gonorrhoisk inficerede Pigebørn under 15 Aar i Materialet.

En nærmere Motivering af den foretagne Gruppeinddeling følger under Omtalen af hver enkelt Sygdomsgruppe. Her skal kun vedføjes en skematisk Oversigt over Antallet af Patienter indenfor hver Gruppe med Oplysning om, hvorfra de enkelte Tilfælde skriver sig:

Mandlige Gonorrhoepatienter:

	Afd. H's Poli-klinik	Afd. H	Afd. C	Rud. Berghs Hosp.	Privat Klien-tel	Ialt
Gonorrhea acuta I.						
Uretritis anterior	102	4		2	1	109
— — + posterior ..	64	3				67
— med Infiltrationer	9					9
— - Epididymitis	30	10		4		44
— - Prostatitis	29	4		1	1	35
— - Artroitis	2			4		6
						270
Gonorrhoea acuta II—IV.						
Uretritis anterior	88	3		1	1	93
— — + posterior ..	27	1				28
— med Infiltrationer	6			1		7
— - Epididymitis	12	2		4		18
— - Prostatitis	13	1		1		15
— - Artroitis	2		1	1		4
						165
Gonorrhoea chronica.						
Uretritis anterior	4			1		5
— — + posterior ..	1					1
— med Infiltrationer	8	3				11
— - Epididymitis	6					6
— - Prostatitis	14	4		1		19
— - Artroitis	2					2
						44
Gonorrhoea antea	133	8	1	2	2	146
Ialt Mænd	552	43	2	23	5	625

Kvindelige Gonorrhoepatienter:

	Afd. H's Poli-klinik	Afd. H	Afd. A	Afd. C	Rud. Berghs Hosp.	Privat Klien-tel	Ialt
Uretritis	53	5			2		60
Endometritis	8	2			1		11
Uretritis + Endometritis	71	12			3	1	87
Bartholinitis	22	3					25
Salpingitis	81	7		7	6		101
Artroitis	2	2	1			2	7
Ukendt Lokalisation	31	5					36
Børn	3	5			7		15
Ialt Kvinder	271	41	1	7	19	3	342

Patienter hos hvilke Gonokokker ikke er paavist:

	Afd. H's Poli-klinik	Afd. H	Afd. A	Afd. C	Rud. Berghs Hosp.	Bleg-dams-hosp.	Refs-næs Kysth.	Privat Klien-tel	Ialt
Mænd	130	37	1	9	5	3			185
Kvinder	237	50	6	53	2	6		4	358
Børn	5	13		2	5	55	20		100
Iatl	372	100	7	64	12	64	20	4	643

Af de paa Afdeling H's Poliklinik iagttagne 236 akute gonorrhoiske Infektioner hos første Gangs inficerede Mænd var altsaa 134 komplicerede — 56,8 %.

Af de sammesteds iagttagne 148 akute Gonorrhoetilfælde hos tidligere inficerede Mænd var 60 komplicerede — 40,5 %.

For samtlige 384 akute Mandfolkegonorrhoer er Procentantallet af Komplikationer altsaa 50,5.

Jeg har foretaget denne Udregning for — som ved en Stikprøve — at faa et Skøn over, om mit Materiale med Hensyn til Komplikationernes Hyppighed i nogen Retning var afvigende fra andre Undersøgeres, enten som Følge af Patientmaterialets

særegne Beskaffenhed eller som Følge af forskellige Undersøgeres eventuelt uensartede Diagnosticeringsprincipper.

Til Sammenligning kan tjene de af *Jersild* (1913) meddelte Erfaringer ved 116 Tilfælde af Mandfolkegonorrhoe, der ligesom vore er samlede her i København, og som har været underkastet en metodisk antiparasitær Behandling. Desuden skal anføres *Zoons* Statistik (1928) over 139 Mandfolkegonorrhoeer, der behandledes paa Universitetskliniken i Utrecht med Lavager af overmangansur Kaliopløsning ad modum *Janet*.

I følgende Procentantal indtraf Komplikationer:

	Jersild	Kristjansen	Zoon
Ved Gonorrhoe I	53,3	56,8	79,3
Ved Gonorrhoe II og følgende	39,0	40,5	47,4
Ved samtlige Tilfælde	48,3	50,5	69,8

Jersilds og mine Tal viser en forbløffende Overensstemmelse, i Særdeleshed naar det tages i Betragtning, at *Jersilds* Tilfælde hidrører fra Privatklientel, mine fra poliklinisk Klientel; i *Jersilds* Tilfælde har endvidere Behandlingen været gennemført med Sølvforbindelser i stigende Koncentrationer (efter *Scholtz*), hvorimod næsten alle Poliklinikens Patienter i det paagældende Tidsrum har været behandlet med Lapis i konstant, ganske tynd Opløsning (fra $^1/_5$ til $^1/_{20}$ $^0/_{00}$), som indført her af *Haxthausen*. Gonokokvakcineinjektioner har overhovedet ikke været i Anvendelse.

Af denne Opstilling fremgaar endvidere — parentetisk —, at hvis disse forskellige Behandlingsprincipper, hvad Hyppigheden af Komplikationer angaar, frembyder Forskelligheder, er disse altsaa ikke større, end at de paa det nærmeste udlignes ved forskelligt Patientmateriale. Derimod synes den *Janet*'ske Behandling langt hyppigere at være ledsaget af Komplikationer, men Forskellen i de komplicerede Tilfældes Antal hos første Gangs inficerede og hos reinficerede Patienter træder ogsaa frem her, endda endnu stærkere akcentueret. —

At sammenligne den procentvise Hyppighed af hver enkelt Komplikation med tidligere Forfatteres Angivelser har jeg maattet opgive; dertil er de Værdier, der angives for varierende alt efter de Kriterier, der af de forskellige Undersøgere skønnes

nødvendige for at stille Diagnosen. Skarpest fremtræder dette Forhold for Prostatitens Vedkommende; medens *Janet* (Diagnostic et traitement d la blennorragie, Paris, 1929, S. 241) kun har kunnet konstatere Prostatitis hos 11 (3,40 %) af 323 Gonorrhoikere, naar disse behandledes under gunstige ydre Forhold, angiver andre moderne Undersøgere, for Eksempel *Lees* (1923), at Prostata er afficeret i praktisk talt alle Tilfælde af Uretritis posterior, altsaa i Størsteparten af samtlige gonorrhoiske Uretriter.

KOMPLEMENTBINDINGSREAKTIONENS TEKNIK

Blodprøverne er fremskaffede ved den fra Wassermann-reaktionen kendte Teknik: Punktur af en af Overekstremiteternes subkutane Vener med en tør Kanyle efter Anlæggelse af et Stasebind. Blodet opfangedes i et af de sædvanlige til Wassermannreaktionen anvendte Glas i en Mængde af 2—3 cm^3. Glassene mærkedes med fortløbende Numre; disse indførtes i en særlig Protokol sammen med det til hvert Blodprøvenummer svarende Sygejournalnummer. Til Kontrol toges jævnligt en dobbelt Blodprøve i to forskelligt mærkede Glas. Glassene opbevaredes derefter i Isskab, indtil de een eller to Gange om Ugen sendtes samlet til Seruminstitutet, hvor alle de i Løbet af en Uge samlede Prøver undersøgtes paa een Gang. Efter den serologiske Prøves Udførelse og Resultaternes Nedskrivning konfererede Dr. *Martin Kristensen* og jeg een Gang om Ugen de fundne Reaktionsværdier med den af mig medbragte Identificeringsprotokol og med kortfattede Uddrag af Sygejournalerne.

Jeg skal nu skildre den Fremgangsmaade, der er bragt i Anvendelse ved Undersøgelsen af samtlige i dette Arbejde omtalte Blodprøver. (Angaaende forskellige orienterende Forforsøg og Teknikens motiverede Udformning maa henvises til de i Indledningen nævnte Arbejder). Metoden karakteriseres i særlig Grad ved Anvendelsen af et nøje udformet Standardiseringssystem, samt ved at Reaktionen udføres ikke blot med et Gonokok-, men ogsaa med et Meningokokantigen.

Antigenet fremstilledes af 15 Gonokokstammer (fra September 1927 dog kun af 14 Gonokokstammer), udvalgt blandt 6

Stammer, der var isolerede i August 1925, og 13 Stammer, som jeg havde indsamlet i December 1926 og Januar 1927, for Størstedelen fra Patienter med frisk Gonorrhoe. Den første Rendyrkning skete bestandig paa Ascites-Agar; nogle Stammer blev omsaaet flere Gange paa Ascites-Agar, inden de blev udsaaet i »halvflydende Agar« (som angivet af *Parker Hitchens*), som tjente til Opbevaring for Kulturerne, idet Næringssubstratet overhældtes med et ca. 1 cm højt Lag af steril Paraffinolie (Nujol), naar der var kommen god Vækst. Disse Kulturer opbevaredes ved 37° og omsaaedes hver anden Maaned.

Naar Kulturerne skulde anvendes til Antigenfremstilling, omsaaedes de atter een eller flere Gange paa skraa Ascites-Agar. Naar Kulturerne herpaa var ca. 15 Timer gamle, tilberedtes af hver Kultur en meget tæt Opslemning i sterilt Saltvand; den dræbtes ved Opvarmning ½ Time til 60°. Efter Undersøgelse for Egenhæmning blandedes Kulturerne sammen; dette Antigen opbevaredes derefter i Frysekasse (ved ca. $\div$ 10°) og fortyndedes først samme Dag, det skulde bruges.

Det ufortyndede, nedfrosne Antigen viste sig holdbart i flere Maaneder.

Paa lignende Vis fremstilledes et polyvalent Meningokokantigen.

Patientsera undersøgtes altid i »inaktiveret« Tilstand, d. v. s. efter Opvarmning ½ Time til 56°.

Som *Komplement* anvendtes dels frisk Marsvineserum, dels Tørkomplement (»Pharmagans«); dette sidste syntes i hvert Fald det friske jævnbyrdigt.

I det *hæmolytiske System* indgik udvaskede Faareblodlegemer, hvoraf fremstilledes en 5 % Opslemning i Saltvand, og som Amboceptor inaktiveret Serum af en Kanin, der var forbehandlet med Injektioner af Marsvinenyrer. Til Forsøgene anvendtes lige Dele af den angivne Faareblodlegemeopslemning og af en saadan Amboceptorfortynding, at Blodlegemerne sensibiliseredes med ca. 3 Amboceptorenheder.

Til Undersøgelse af hvert Serum brugtes 9 Dværgreagensglas, af hvilke det første tjente som Kontrol paa Egenhæmning, de følgende 4 til selve Gonokokkomplementbindingsforsøget og de 4 sidste til Komplementbinding med Meningokokker. Der arbejdes med et samlet Rumfang af 0,39 cm^3 i hvert Glas. Der

medgaar kun 0,14 cm³ Serum til en Undersøgelse. Serum anvendtes i følgende Doser:

1) 0,02 cm³
2) 0,02 × 1/3 cm³
3) 0,02 × 1/9 cm³
4) 0,02 × 1/27 cm³

} fortyndet op med Saltvand til 0,09 cm³.

(Der er altsaa anvendt større Spring mellem Serumdoserne (3:1) end ellers almindeligt anvendt (2:1); man opnaar herved at kunne titrere »helt ud« med kun 4 Glas).

Derefter tilsattes 0,15 cm³ af en Blanding af Komplement og Antigen. Komplementet er i Forvejen titreret. I de første Forsøg bestemtes Antigenets Egenhæmning ved en særlig Titrering; da Antigenet i Almindelighed binder ca. 1/3 Komplementenhed, anvendtes derefter til selve Forsøget 1 1/3 Enhed. Der er saaledes ikke anvendt mere Komplement end netop nødvendigt til total Hæmolyse. — Antigenet anvendtes i en saadan Koncentration, at den omtalte Blanding (Komplement + Antigen) fik samme Uklarhed som en Coli- eller Tyfusvakcine med ca. 700 Millioner Bakterier pr. cm³. (Efter Indførelsen af det 14-valente Antigen i September 1927 er Antigenkoncentrationen reduceret, nu svarende til ca. 300 Millioner Bakterier pr. cm³). Efter Rystning og Binding i 2 Timer ved Stuetemperatur tilsattes 0,15 cm³ af den før omtalte Faareblodlegeme-Amboceptor-Blanding.

Forsøget stilles først ½ Time ved 37° og derefter een Time ved Stuetemperatur; saa foretages Aflæsningen med Hæmolyseskala. Der regnes med 11 Hæmolysegrader, 0, 1, 2, 3 ..... 10, idet 10 betyder total Hæmolyse.

De af de 4 til hvert Komplementbindingsforsøg hørende Glas aflæste Hæmolyseværdier konfereres med en til dette Brug særligt konstrueret »Regnestok« (se Figuren), ved Hjælp af hvilken Reaktionens Intensitet findes udtrykt ved et enkelt Tal, »Styrkegraden«, der er angivet udfor den paagældende Hæmolysegrad.

I Forsøget er medtaget flere (2 eller 3) Sera, hvis Styrke er kendt fra tidligere Forsøg. Disse »Standardsera«, af hvilke Hovedbeholdningen opbevares i Frysekassen, tjener ved Aflæsningen af Forsøget til at uskadeliggøre de Variationer i Reaktionens Udfald, som meget let fremkommer som Følge af Kom-

plementtitreringens Usikkerhed; maaske kan ogsaa Variationer i Komplementets bindende Evne og andre lidet kendte Forhold spille en Rolle.

Korrektionen bestemmes ved, at Summen af de — lad os antage — 3 Standardseras Styrketal faar en fastlagt Værdi. Fal-

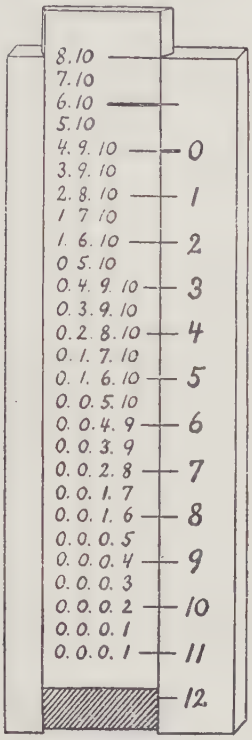

Fig. 1.

der Forsøget nu saaledes ud, at man — ifølge Regnestokken — med Skyderen i Normalstilling finder den fastlagte samlede Værdi (n) for de 3 Sera, anses Forsøget for at være normalt indstillet, og Styrkegraden af de øvrige Sera findes da direkte ved Hjælp af Regnestokken. Hvis Standardsera derimod kun giver Summen $n \div p$, viser dette, at Forsøget er for »svagt« indstillet. Der er da Grund til at formode, at samtlige Reaktioners Styrkegrad findes p/3 lavere, end de burde være; man skal da blot lægge p/3 til de direkte aflæste Styrketal for at faa de

korrekte Styrketal; dette foregaar ved een Gang for hver Række samtidigt udførte Forsøg at foretage den Indstilling af Regnestokkens Skyder, som den af Standardsera beregnede Korrektion angiver. —

Som dette Standardiseringssystems særlige Ejendommelighed maa nævnes, at man som Maal for Reaktionens Styrke ikke angiver Antistofkoncentrationen direkte, men et Tal, »Styrkegraden«, der er en lineær Funktion af Logarithmen til Antistofkoncentrationen. Herved opnaas, at man faar bekvemme smaa Tal (0, 1, 2, 3 ..... 12) at arbejde med, og at man kun skal regne med Differenser, hvor man ellers vilde være henvist til Forholdsberegninger. —

Finder man ved to Undersøgelser til forskellige Tider hos samme Patient to forskellige Styrkegrader, kan man ikke tillægge denne Forskel nogen Betydning, hvis Differencen kun er 1; er Differencen 2, vil dette i de fleste Tilfælde være Udtryk for en virkelig Ændring i Antistofkoncentrationen, idet orienterende Forsøg og den praktiske Erfaring tyder paa, at Middelfejlen for de korrigerende Styrketal ligger mellem ½ og 1 Grad.

KOMPLEMENTBINDINGSREAKTIONENS SPECIFITET

En Serumreaktions praktiske Brugbarhed afhænger dels af dens Specifitetsgrad, dels af dens Sensibilitet. At et større eller mindre Antal Sygdomstilfælde af den Art, for hvilken Reaktionen skulde være karakteristisk, maaske reagerer negativt, er i denne Forbindelse af ikke-afgørende Betydning, idet en negativ Oplysning som bekendt overalt indenfor saavel Mikrobiologien som Serologien maa bedømmes med stor Varsomhed. Derimod er en Serumreaktions Værdi uadskillelig knyttet til dens Specifitetsgrad. At overhovedet intet andet Sygdomstilfælde end det, for hvilket Reaktionen skulde være ejendommelig, maa give positiv Reaktion, er et teoretisk, idealt Krav, som Virkeligheden ikke honorerer; dertil er Naturen for mangfoldig, Biologiens Love endnu for uudforskede. Ingen kendt Seroreaktion kan gøre Fordring paa absolut Specifitet, ej heller Fremtiden vil kunne opvise en saadan: Vor Viden vil altid være begrænset, Empirien er ubegrænset. Man maa lade sig nøje med at konstatere en Reaktions Specifitetsgrad. Jo højere denne viser sig at være, des større vil — ceteris paribus — Reaktionens Anvendelighed være; naar Specifiteten ikke en vis, høj Værdi, vil alene dette være nok til at kompromittere Reaktionens praktiske Brugbarhed.

Den første Opgave bliver da at undersøge, i hvor høj Grad Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker har vist sig specifik; dens Sensibilitet kommer i anden Række.

Ved en saa udbredt og ofte upaagtet og ikke-erkendt Lidelse, som den gonorrhoiske Infektion endnu maa siges at være, volder det selvsagt store Vanskeligheder at skaffe sig et tilstrækkeligt paalideligt Patientmateriale, egnet til de fornødne Kontrolundersøgelser, i Særdeleshed naar Patienternes væsentligst

maa udsøges blandt det Klientel, der søger en offentlig Poliklinik for Hud- og Kønssygdomme; for at kompletere Kontrolmaterialet har jeg derfor henvendt mig paa andre Hospitalsafdelinger.

Som bedst egnet til Formaalet har jeg valgt at undersøge Blodet fra Børn under 14 Aar, og da fortrinsvis Drenge; hos disse kan gonorrhoisk Infektion formentlig udelukkes i Fald hverken Anamnese eller klinisk Undersøgelse giver Holdepunkt for den modsatte Antagelse.

Kontrolmaterialet omfatter 100 Børn — 53 Drenge og 47 Piger — under 14 Aar. De har alle paa Tidspunktet for Blodprøvetagningen været indlagt paa Hospital for forskelligartede, nedenfor anførte Lidelser. Jeg har foretrukket Patienter med akute eller kroniske Infektionssygdomme, i Særdeleshed suppurative Lidelser af forskellig Art, idet disse ifølge tidligere Erfaringer i særlig Grad maatte forventes at kunne foraarsage uspecifike Reaktioner.

	Antal Patienter	
	Drenge	Piger
Adenitis tuberculosa	6	12
Ambustio	1	
Difteria (de fleste behandlede med Serum antidiftericum, indtil 132,000 I. E. intramuskulært; enkelte Serumeksantem, da Blodundersøgelsen blev foretaget)	24	8
Eczema	1	
Impetigo	1	
Kondylomer		1
Laryngitis		1
Lupus erytematodes	1	
Meningitis cerebrospinalis epidemica	1	1
Morbilli	3	2
Otitis media suppurativa	1	
Psoriasis		2
Sarkoma genus		1
Scarlatina	5	5
At overføre	44	33

	Antal Patienter	
	Drenge	Piger
Overført	44	33
Spondylitis tuberculosa	1	
Syfilis aquisita (W. R. +)	1	
Syfilis congenita (W. R. ÷)		1
Syfilis congenita (W. R. ÷, svagt + med syfilitisk Ekstrakt)	1	
Syfilis congenita (W. R. +)		7
Syfilis congenita, Obs. f.	2	
Tuberculosis articulorum	1	
Tussis convulsiva	2	2
Urticaria chronica		1
Variceller	1	
Vulvitis (ex oxyuriasi)		3
	53	47

De 99 Børn gav Komplementbindingsreaktion 0. Eet Barn gav Komplementbindingsreaktion 5 for Gonokokker, 9 for Meningokokker. Det drejede sig om en 5-aarig Pige (Sygejournal Nr. 1, S. 169), der behandledes paa Blegdamshospitalet for Meningitis cerebro-spinalis epidemica og Difteria nasi. En 8-aarig Dreng, der behandledes samme Sted for Meningitis cerebro-spinalis epidemica (Sygejournal Nr. 2, S. 169), og som paa Tidspunktet for Blodtagningen var i Rekonvalescentstadiet, viste derimod Komplementbindingsreaktion 0, saavel for Gonokokker som for Meningokokker.

At en Meningokokinfektion kan give Anledning til en positiv Komplementbindingsreaktion for Gonokokker, er tidligere fundet af *Wollstein, Colombo, Arkwright, Cohn* og *Funk*. Vore Erfaringer bekræfter altsaa disse Fund, og det er netop med disse Forhold for Øje, at Komplementbindingsreaktionen stedse er foretaget baade med Gonokokker og Meningokokker som Antigen, idet det — som i det refererede Tilfælde — har vist sig, at Komplementbindingsreaktionen ved en Meningokokinfektion vil have en højere Styrkegrad ved Anvendelsen af det homologe Antigen end ved Anvendelse af Gonokokantigenet; ved Gonokokinfektioner gælder tilsvarende Forhold. Herved afværges den Forveksling, der serologisk vilde være mulig mel-

lem Gonokok- og Meningokokinfektioner. I Forvejen er Mulig-heden for en tilsvarende klinisk Forveksling kun ringe, naar bortses fra visse septiske Sygdomstilfælde; ved Seroreaktionens Hjælp vil den endda kunne reduceres yderligere, idet Komple-mentbindingsreaktionen udført med de paagældende to Antige-ner yder værdifuldt Bidrag til den ætiologiske Opklaring af saa-danne sjældent forekommende Tilfælde*).

Nævnes bør ogsaa den Hjælp, man vil kunne have af denne »dobbelte Komplementbindingsreaktion« i de ret hyppige Situa-tioner, hvor den kliniske Diagnose vakler imellem Meningokok-meningit og tuberkuløs Meningit: ingen af de 20 undersøgte Børn med sikre tuberkuløse Manifestationer gav positiv Kom-plementbindingsreaktion for Gonokokker eller Meningokokker. En positiv Komplementbindingsreaktion hos en Meningitis-patient vil altsaa gøre Diagnosen tuberkuløs Meningit usand-synlig. —

Af særlig Interesse er de 8 Wassermann-positive, kongenite Syfilispatienter; de gav alle Komplementbindingsreaktionen 0. Wassermannreaktionerne, der foretoges samtidig med Komple-mentbindingsundersøgelserne, var af følgende Styrker:

---

*) Efter dette Arbejdes Fuldførelse er jeg af Dr. med. *Aage Nyfeldt* bleven gjort opmærksom paa et paa Blegdamshospitalet observeret Me-ningitistilfælde, der maa formodes at være af gonorrhoisk Oprindelse. Da Tilfældet vil blive udførligt meddelt af Dr. *H. Seemann*, skal det her kun gøres til Genstand for kort Omtale. Patienten var en 24-aarig Kvinde, der 22. Marts 29 indlagdes til Observation for Meningitis. Der fandtes det typiske kliniske Meningitisbillede, Sensoriet var dog klart. Spinalvædsken var diffus uklar, indeholdt omtrent lige mange mono- og polynukleære Leukocyter; i nogle af de sidstnævnte fandtes gram-negative Diplokokker; det lykkedes ikke at faa Vækst ved Podning paa Hæmoglobinascitesagar. Meningiten havde et paafaldende hurtigt og benignt Forløb; Temperaturen blev normal i Løbet af en Uge; 5 Dage senere var Hovedpinen svunden. I de nu følgende Dage udviklede sig imidlertid en meget smertefuld Artroit i venstre Albuled, ledsaget af stærk periartikulær Svulst. Paa Artroitens 3. Dag (10. April) gav Pati-entens Serum Komplementbindingsreaktion af Styrkegrad 2 for Gono-kokker, af Styrkegrad 1 for Meningokokker. 10 Dage senere paavistes Gonokokker i Uretralsekretet. 2 Maaneder senere (13. Juni) var Kom-plementbindingsreaktionen 5 for Gonokokker, 4 for Meningokokker (i Mellemtiden havde Patienten været behandlet med 10 intramuskulære Gonokokvakcineinjektioner). I Spinalvædsken var Komplementbindings-reaktionen 0 saavel for Gono- som Meningokokker.

20.100
10.100
0.60.100
0.10.40.100
0.0.20.100
0.0.20.60.100
0.0.0.10.100
0.0.0.0.40.100

Den af *Rubinstein og Gauran* hævdede Opfattelse, at Wassermann-positive Sera i 30 % af Tilfældene skulde foranledige uspecifike Komplementbindingsreaktioner, har saaledes i hvert Fald ikke Gyldighed for Børns Vedkommende. At Børn i denne Henseende skulde indtage en Særstilling, synes paa Forhaand lidet rimeligt og bekræftes da heller ikke ved de hos voksne, seropositive Syfilitikere høstede Erfaringer, for hvilke der nedenfor skal gøres Rede. —

Af *Syffert* anføres, at den gonorrhoiske Infektion i Barneaarene overhovedet ikke giver Anledning til Dannelse af Antistof, — »Børnene er ikke serologisk modne« —, og man fandt af den Grund altid manglende Komplementbindingsreaktion ved Børnegonorrhoeen. Hvis det virkelig forholdt sig saaledes, at Børn ikke danner Antistof under den gonorrhoiske Infektion, kunde de formodes overhovedet ikke at kunne give Anledning til uspecifike Komplementbindingsreaktioner under andre patologiske Forhold; deres Værdi som Kontrolmateriale vilde i saa Fald naturligvis være illusorisk.

Syffert's Anskuelse om Børns »sene serologiske Modning« kan dog kun opfattes som et ubevist og lidet rimeligt Postulat. Man ved, at selv smaa Børn kan reagere overfor andre Infektioner (for Eksempel Syfilis) med livlig Dannelse af komplementbindende Antistoffer, og vore Erfaringer med Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker og Meningokokker gaar bestemt i modsat Retning: vi har set en kraftigt positiv Komplementbindingsreaktion saa tidligt som hos et 14 Maaneders Barn med gonorrhoisk Vulvovaginitis. Lignende Erfaringer er gjort af *Kolmer & Brown, Irons & Nicoll* og *Cohn & Gräfenberg*.

Der forekommer mig derfor ikke at være Grund til at kaste

Vrag paa de Oplysninger, som den serologiske Undersøgelse af Børnene i Kontrolmaterialet kan yde os, saa meget mindre som dette er den eneste farbare Vej til at skaffe os sikre Holdepunkter for Komplementbindingsreaktionens Forhold hos Individer, hvor tidligere eller bestaaende gonorrhoisk Infektion med størst opnaaelig Sandsynlighed kan udelukkes.

Det maa altsaa fremhæves, at af 100 Børn med de forskelligste ikke-gonorrhoiske Lidelser har kun een — en Meningokok-Meningitispatient — givet positiv Komplementbindingsreaktion for Gonokokker. Naar bortses fra Meningokokinfektioner har med andre Ord Komplementbindingsreaktionens Specifitet vist sig absolut for Patienter under 14 Aar.

Materialet omfatter 185 voksne Mænd, hos hvilke Gonokokker ikke er paavist, og i hvis Anemnese intet er oplyst om tidligere gonorrhoisk Infektion. Langt de fleste af Patienterne — 167 — er undersøgt paa Rigshospitalets Afdeling for Hud- og Kønssygdomme, hvor de har været til Behandling eller Observation for en ikke-gonorrhoisk Lidelse.

Af disse gav 170 Komplementbindingsreaktion 0. Diagnoserne var:

Abscessus femoris	1
Alopecia areata	1
Angina	1
Artropatia psoriatica	2
Boeck's Sarkoid	1
Bubo stromosus	1
Coxitis tuberculosa	2
Cystitis	1
Defluvium capillorum	1
Eczema	4
Empyema pleuræ	2
Epididymitis non gonorrhoica	11
Folliculitides	2
Gangræna penis	2
Hydrocele testis	1
Hæmartron genus traumatica	1
At overføre	34

Overført	34
Impetigo	2
Impotentia coeundi	1
Kerato-conjunctivitis phlyktænularis	1
Kondylomata	2
Lupus vulgaris	1
Mollusca contagiosa	1
Morbus venereus, Obs. f.	26
Morpiones	1
Nefrosis chronica	1
Neurodermitis	1
Parafimosis	1
Pityriasis rosea	1
Prostatitis non gonorrhoica	1
Prurigo	2
Pruritus	1
Psoriasis	3
Reumatismus	1
Sarkoma testis	1
Scarlatina	1
Spondylitis	4
Strictura uretræ	1
Syfilis (W.R. ÷)	29
Syfilis (W.R. ÷, svagt + med syf. Extr.)	10
Syfilis (W.R. +)	18
Tabes dorsalis (W.R. +)	1
Tuberculosis pulmonum	2
Tuberculosis uro-genitalis	1
Ulcus cruris	2
Ulcus venereum	4
Uretritis simplex	12
Venerofobia	3
	170

Det store Antal *ikke-gonorrhoiske Epididymiter* er bemærkelsesværdigt. De er alle 11 undersøgt gentagne Gange her paa Afdelingen; det maa pointeres, at der i intet Tilfælde fandtes kliniske eller anamnestiske Tegn paa gonorrhoisk Infektion. De tre syntes foraarsagede af Bacillus coli; een var af tuberkuløs

Oprindelse (verificeret ved Operation og Mikroskopi). De øvrige uspecifike Epididymiters Ætiologi er ikke bleven fastslaaet; dertil vilde nærmere Observation med Punktur eller Prøveexcision have været nødvendig. Da de »simple« Epididymiter sædvanligvis svinder i Løbet af et Par Uger ved Behandling med Suspensorium og varme Omslag, eventuelt Sengeleje, har man ikke kunnet insistere paa den for yderligere Undersøgelse nødvendige Hospitalsindlæggelse og kirurgiske Intervention.

De ikke-gonorrhoiske Epididymiter forekommer i det hele meget almindeligere end tidligere antaget; i nærværende Materiale fandtes 11 af 71 Epididymiter (15,5 %) at være af ikke-gonorrhoisk Oprindelse.

Rovsing er den første, der har erkendt Coli-Epididymitens relative Hyppighed; hans Erfaringer herom offentliggjordes i 1918, men længe før havde *Rovsing* i sine Forelæsninger henledt Opmærksomheden paa denne Lidelses Eksistens. I 1918 kunde *Rovsing* fremlægge 12 Tilfælde af Coli-Epididymitis, hvor Diagnosen var sikret ved Operation og Mikroskopi, idet Epididymides var fjernede i den Tro, at det drejede sig om tuberkuløse Infektioner, en Forveksling, der klinisk var saare nærliggende.

Efter den europæiske Krig er, navnlig fra tysk Side, fremkommen en Del Arbejder, der fremhæver den tiltagende Hyppighed — maaske rettere den hyppigere Erkendelse — af Epididymitis non specifica eller Epididymitis chronica fibrosa, hvortil henregnes alle de Epididymitistilfælde, hvor Gonorrhoe, Tuberkulose og Syfilis kan udelukkes. Ved Prøveexcision eller Epididymektomi findes kroniske Betændelsesfænomener, der makroskopisk kan ligne tuberkuløse Forandringer, men ved Mikroskopi findes kun ukarakteristiske proliferative Betændelsesfænomener, foraarsaget hyppigst enten af Colibaciller eller Stafylokokker.

Kappis (1919) opfattede endnu den »ikke-specifike, primære Epididymitis« som et sjældent, men typisk Sygdomsbillede. Bacterium coli fandtes at være dens hyppigste Aarsag.

Dorn (1920) fandt, at et ikke helt ringe Antal af kroniske, klinisk som tuberkuløse imponerende Epididymiter viser sig — for en Del først ved den mikroskopiske Undersøgelse — at

være ikke-specifike, kroniske Betændelser. Stafylokokker synes at kunne være Aarsagen.

Schäffer (1921) punkterede 18 Tilfælde af »Epididymitis non gonorrhoica (bacteritica)«. I 6 Tilfælde var Indholdet sterilt; 6 Gange fandtes Stafylokokkus aureus, 2 Gange gramnegative, 2 Gange grampositive Stave, samt 1 Gang gramnegative Kokker. — Sygdommen er ingenlunde sjælden; Forfatteren havde ialt iagttaget 67 Tilfælde.

Flesch-Thebesius (1921) mener, at »Epididymitis chronica fibrosa« er bleven hyppigere efter Krigen. Dens sandsynligste Opstaaelsesmaade skal være en kanalikulær Stafylokok-Invasion fra Nyrerne; kun ved Prøveexcision lader de sig sikkert adskille fra de tuberkuløse Epididymiter.

Engelsen (1922) mener at have iagttaget, at en kort i Forvejen overstaaet Influenza kan være den ætiologiske Aarsag til lignende »simple Epididymiter«.

Schumacher (1923) saa 6 Tilfælde af »ikke-specifik Epididymitis« i Løbet af ¾ Aar; de fremkaldtes sædvanligvis af pyogene Kokker.

Burmeister & Cahn (1926): det procentvise Forhold mellem Antallet af gonorrhoiske og ikke-gonorrhoiske Epididymiter er endnu ikke nøjere bestemt. Forfatterne fandt i Løbet af 6 Maaneder blandt 41 Epididymitistilfælde 10 ikke-gonorrhoiske, — »et overraskende højt Antal«.

Endelig skal nævnes, at *Jausion, Meersseman & Pecker* (1927) — ifølge et tidligere citeret Arbejde — ved Punktur af formentlig gonorrhoiske Epididymiter ofte fandt disse foraarsaget, ikke af Gonokokker, men af en Gonorrhoeen ledsagende sekundær Infektion (Stafylokokker, Enterokokker, Colibaciller).

Fornylig har *Marcis* (1928) meddelt nogle Undersøgelser »Über die durch *Bang*'sche Abortusbacillen verursachte Erkrankung der männlichen Geschlechtsorgane«. Saavel ved Agglutinationsforsøg med Blodserum, som ved Kultur og Dyreforsøg er det lykkedes *Marcis* at paavise Bacillus abortus *Bang* som Aarsag til en Testikelinflammation hos Avlsorner og -tyre, karakteriseret ved nekrotiserende Foci i Testiklen samt fibrinøs Periorchitis. Infektionen formenes at være opstaaet ad oral Vej, idet Bacillerne gennem Tarm, Peritoneum og Tunica vaginalis er naaet til Testis. —

En paa lignende Vis opstaaet Infektion vil være mulig, i hvert Fald hos Mænd med aabentstaaende Processus vaginalis. Foranlediget af denne Meddelelse har jeg paa Blodserum af en Række ikke-gonorrhoiske Epididymitistilfælde (ialt 6) ladet foretage Agglutinationsforsøg med den *Bang*'ske Abortbacil, hidtil dog med konstant negativt Resultat.

Sikkert er det, at Spørgsmaalet om Epididymiternes Ætiologi ikke er udtømt med Henvisning til den gonorrhoiske, syfilitiske og tuberkuløse Infektion samt Coli-Infektionen, og at Emnet som Helhed i høj Grad synes egnet til at underkastes en Revision, efter at Epididymiter af ukendt Ætiologi i de senere Aar er erkendt i et betydeligt større Antal Tilfælde end tidligere. Kun *Jausion, Meersseman & Pecker* og nærværende Arbejde har i denne Forbindelse søgt at drage Nytte af Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker; en kommende Undersøgelse af dette — videnskabeligt som praktisk — særdeles betydningsfulde ætiologiske Spørgsmaal vil nødvendigvis til Støtte for Differentialdiagnosen være henvist til Udfaldet af en foretagen Komplementbindingsreaktion for Gonokokker, idet denne Reaktion aldrig har givet mig positive Resultater ved ikke-gonorrhoiske Epididymiter, men i et meget højt Procenttal har givet positive Oplysninger ved de med Epididymitis komplicerede Gonorrhoetilfælde, som det skal nærmere omtales i et følgende Kapitel.

Paa samme Maade vil Diagnosen af »simple« Prostatiter og Uretriter lettes og sikres (sml. det af mig i Dansk dermatologisk Selskab's Møder 6. Marts og 1. Maj 1929 meddelte Tilfælde af Uretritis simplex, offentliggjort i Ugeskr. f. Læger 1930).

---

6 Mænd af Kontrolmaterialet gav Komplementbindingsreaktion 1. Af disse tør een formodes nylig at have haft Gonorrhoe. For en anden Patients Vedkommende maa gonorrhoisk Infektion anses for lidet rimelig: Patienten var en infantil, dement, kongenit-syfilitisk (Wassermann-positiv) Mandsperson fra Landet, 17 Aar gammel. 1½ Maaned før 1-Reaktionen var Komplementbindingsreaktionen 0, ligeledes 3½ Maaned senere.

For de fire andre, hvor intet er oplyst om Gonorrhoe, var Diagnoserne:

Keratosis plantæ (Tuberculosis verrucosus?).
Syfilis (W.R. + 40.100).
Syfilis (W.R. + 40.100).
Ulcus et Periphlebitis cruris.

---

9 Mænd af Kontrolmaterialet gav Komplementbindingsreaktion > 1, nemlig:

i 3	Tilfælde	....	Reaktionen	2
» 4	»	....	»	3
» 1	»	....	»	4
» 1	»	....	»	6

I 3 Tilfælde (Sygejournal Nr. 3, 4 og 5, S. 170—71) er en forudgaaende Infektion højst sandsynlig (to Patienter behandledes for Strictura uretræ; een Patient havde 3 Maaneder i Forvejen været behandlet for »Forhudsbetændelse«, 2 Maaneder senere var Reaktionen 0).

I 3 Tilfælde er Antagelsen af gonorrhoisk Infektion rimelig paa Grund af kliniske Symptomers Tilstedeværelse (Sygejournal Nr. 6, 7 og 8, S. 171—72); 2 andre Patienter var beskyldt for Smitte med Gonorrhoe (Sygejournal Nr. 9 og 10, S. 172).

I eet Tilfælde (Sygejournal Nr. 11, S. 172) fandtes absolut intet Holdepunkt for gonorrhoisk Infektion. Reaktionsstyrken var 2, gentagne Gange 3, senere 0. Patienten led af akneiforme Tuberkulider og Elefantiasis af Underekstremiteterne. Ejendommeligt er det, at samme Patient ved en tidligere Indlæggelse to Gange gav svagt positiv Wasserman-Reaktion med syfilitisk Ekstrakt; den ene Gang endvidere Sigma > 2,5, Kahn + + +, Thomsen +. Der fandtes paa intet Tidspunkt kliniske Tegn til syfilitisk Infektion. Saavel den for Syfilis som den for Gonorrhoe positive Seroreaktion synes saaledes at have været uspecifik hos denne Patient. Vi mener altsaa, at maatte give *Kunewälder* Ret, naar han i saadanne Tilfælde anser Resultaterne for »Labilitetsreaktioner af uspecifik Natur«. *Kunewälder* fandt blandt 430 ikke-veneriske Kontrolpatienter 22, der gav svagt positiv Komplementbindingsreaktion; enkelte af disse gav ogsaa svagt positiv Wassermann-Reaktion.

En hos samme Patient baade for Gonorrhoe og Syfilis uspecifik Labilitetsreaktion er ikke omtalt af andre Undersøgere.

I Kontrolmaterialet findes 358 Kvinder; det maa her straks erindres, at enhver kvindelig Patient, hos hvem Gonokokker ikke vides nogensinde at være paavist, er opført i denne Gruppe, selv om de kliniske eller anamnestiske Data i mange Tilfælde gør Antagelsen af en gonorrhoisk Infektion højst sandsynlig.

267 Kvinder gav Komplementbindingsreaktion 0; af disse er 143 undersøgte een eller flere Gange med Henblik paa Gonorrhoe. Diagnoserne var:

Abscessus cruris	2	Tilfælde
Abscessus frigidus	1	—
Adhæsiones abdominales	2	—
Akne vulgaris	2	—
Angina	1	—
Ankylosis cubiti	1	—
Anæmia	1	—
Appendicitis	3	—
Artroitis deformans	4	—
Artroitis suppurativa	1	—
Artropatia psoriatica	1	—
Bartholinitis post partum	1	—
Bartholinitis suppurativa	1	—
Bursitis achillea	1	—
Calculus renis	1	—
Cholecystektomiæ seqvelæ	1	—
Cholelithiasis	1	—
Contusio vulvæ	1	—
Dermatitis bullosa	1	—
Difteria	2	—
Eczema	3	—
Elytritis	6	—
Erytema nodosum	1	—
Erytema pernio	1	—
At overføre	40	Tilfælde

Overført	40	Tilfælde
Febris reumatica	2	—
Fibromyoma	2	—
Flegmone	1	—
Fluor albus	1	—
Follikulitis	1	—
Graviditas	16	—
Hallux valgus	1	—
Herpes genitalis	5	—
Hydrops genus utriusqve	1	—
Hyperidrosis	1	—
Hypertrofia mammæ	1	—
Impetigo	1	—
Intertrigo	1	—
Keratosis pilaris	1	—
Kondylomata	8	—
Lichen plan corné	1	—
Metrorrhagia	1	—
Mollusca contagiosa	1	—
Morbus venereus, Obs. f.	47	—
Nefrosklerosis	1	—
Neurasthenia	1	—
Osteochondritis dissecans	1	—
Papilloma vesicæ	1	—
Papulæ pseudosyfiliticæ	1	—
Parametritis post appendektomiam	1	—
Parametritis post partum	1	—
Pityriasis	3	—
Pityriasis versicolor	1	—
Pneumonia crouposa	1	—
Polyartroitis chronica reumatica	4	—
Prolapsus uteri	1	—
Pruritus vulvæ	2	—
Psoriasis	4	—
Puerperium	1	—
Pyelitis	4	—
Scabies	1	—
At overføre	162	Tilfælde

Overført	162	Tilfælde
Scarlatina	3	—
Seborrhoea	1	—
Spondylitis	1	—
Stomatitis	1	—
Syfilis (W. R. ÷)	47	—
Syfilis (W. R. ÷, svagt + med syf. Ekstr.)..	11	—
Syfilis (W. R. +)	22	—
Syfilis congenita (W. R. ÷)	1	—
Syfilis congenita (W. R. +)	4	—
Tabes dorsalis (W. R. ÷)	1	—
Tabes dorsalis (W. R. +)	1	—
Tuberculosis articulorum	3	—
Tuberculosis cutis	1	—
Tuberculosis glandularum	2	—
Tuberculosis ossium	1	—
Tuberculosis pleuræ	1	—
Tumor glandulæ colli	1	—
Ulcus chronicum vulvæ	1	—
Varices	1	—
Verrucæ plantæ	1	—
	267	Tilfælde

32 af Kvinderne i Kontrolmaterialet gav Komplementbinding 1. Gennemgang af Sygehistorierne vil i mange Tilfælde gøre Diagnosen Gonorrhoe om ikke absolut berettiget, saa dog sandsynlig.

6 af Patienterne mødte til Undersøgelse, fordi de var beskyldt for Smitte med Gonorrhoe. Een af disse havde seronegativ, en anden seropositiv Syfilis.

Hos 4 Patienter, der kom til Undersøgelse for en formentlig Gonorrhoe, fandtes purulent Udflod eller pusstribet Cervikalsekret. Een havde seropositiv Syfilis af gammel Dato.

7 af Patienterne var lidende af Salpingitis; alle var de Syfilitikere, de 2 seropositive.

3 var opererede for Salpingitis for henholdvis ¼, 2 og 22 Aar siden.

Hos disse Patienter maa Gonorrhoediagnosen forekomme at

have en vis Sandsynlighed for sig trods det manglende Gonokokfund.

Diagnoserne var for de resterende 12 Patienter:

Eczema.
Menorrhagia.
Mollusca contagiosa ad genitalia.
Syfilis (W. R. ÷) ..... 4 Tilfælde.
Syfilis (W. R. +) ..... 2 Tilfælde.
Synovitis villosa genus.
Tuberculosis renis.
Tuberculosis tubæ et peritonei.

6 Patienter vides altsaa at have været udsat for venerisk Smitte. I Anledning af Patienten med den villøse Synovitis i Knæleddet bør her maaske mindes om, at *Rovsing* ved sine Forelæsninger ofte har hævdet som sin Opfattelse, at denne Lidelse maatte være af gonorrhoisk Oprindelse. Allerede *Neisser* (1894) har bemærket stærke villøse Proliferationer i et Led, i hvis Synovialvædske der paavistes Gonokker. *Mondor* (1928) beskriver den villøse Synovitis som et af den gonorrhoiske Artroitis' patologisk-anatomiske Karakteristika. —

---

59 Kvinder af Kontrolmaterialet gav Komplementbindingsreaktion > 1. Gennemgaar man disses Sygejournaler (Nr. 12—70, S. 173—192), findes i 51 Tilfælde kliniske eller anamnestiske Forhold, der gør Diagnosen Gonorrhoe overvejende sandsynlig.

23 af Patienterne fandtes lidende af Salpingitis (Sygejournal Nr. 12—34), eller havde tidligere være behandlede herfor; 7 af disse Kvinder (Sygejournal Nr. 28—34) var salpingektomerede, henholdsvis umiddelbart før Blodundersøgelsen, ½, 1½, 2, 3, 3 og 8 Aar tidligere.

Hos 2 konstateredes Parametritis (Sygejournal Nr. 35 og 36).

2 led af Bartholinitis, den enes Kæreste af Gonorrhoe (Sygejournal Nr. 37 og 38).

1 havde Smerter ved Vandladningen, Udflod samt Abscessus ad anum (Sygejournal Nr. 39).

I 6 Tilfælde (Sygejournal Nr. 40—45) fandtes Udflod og Ero-

sion paa Portio; 3 af disse var beskyldt for Smitte med Gonorrhoe (Sygejournal Nr. 40, 43 og 44).

Hos 3 fandtes purulent Sekretion fra Cerviks (Sygejournal Nr. 46—48).

8 Patienter (Sygejournal Nr. 49—56) henvendte sig til Undersøgelse paa Grund af Udflod; 1 af disse (Sygejournal Nr. 51) var beskyldt for Smitte; 1 havde tidligere haft »Gigtfeber« (Sygejournal Nr. 56).

I 5 Tilfælde (Sygejournal Nr. 57—61) undersøgtes Kvinder, der af Kæresten eller Manden var anset for Smittekilden til disses Gonorrhoeer, uden at der kunde paavises kliniske Tegn paa gonorrhoisk Infektion hos den kvindelig Part.

1 Kvinde (Sygejournal Nr. 62) formodedes at være Smittekilden til en mindreaarig Datter, der havde Vulvitis gonorrhoica.

20 af de her nævnte Patienter havde samtidig Syfilis (Sygejournal Nr. 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 27, 31, 35, 37, 39, 40, 43, 47, 48, 57, 58). 10 af disse var i Wassermann-positivt Stadium (Sygejournal Nr. 12, 13, 15, 17, 21, 24, 37, 43, 48, 58).

Jeg skulde mene det berettiget at anse de her omtalte 51 Patienter, hvis Komplementbindingsreaktioner har haft en Styrkegrad fra 2 til 10, og som alle har frembudt for Gonorrhoe karakteristiske kliniske Symptomer, eller hvis Anamnese lader formode en tidligere gonorrhoisk Infektion, som inficerede med Gonokokker. Enkelte vilde maaske være erkendte som Gonokokbærere, hvis det havde været muligt at gennemføre stadigt gentagne Kulturforsøg, selv om de tidligere omtalte Erfaringer ikke lover større Udbytte for den kulturelle Undersøgelse af den kroniske Kvindegonorrhoe. At Gonokokkerne ikke er fundne ved direkte Mikroskopi af Sekreterne kan ikke forbavse; naar en Mand oplyser at være bleven smittet med Gonorrhoe af Hustruen tre Gange i Ægteskabet (Sygejournal Nr. 58), bør man formodentlig tillægge denne biologiske Prøve større Værdi end en negativ Gonokokundersøgelse. Hos den paagældende Kvinde var Komplementbindingsreaktionen 4. Hvis man undersøgte Sekreterne endnu hyppigere end sket er, vilde Gonokokkerne sikkert kunde afsløres i et vist Procentantal af de anførte Tilfælde. Som Bevis for denne Anskuelses Berettigelse kan det meddeles, at denne Gruppe, der nu (i Januar 1929) rummer 51 Patienter, ved min Gennemgang af Journalerne tre Maaneder

tidligere omfattede 55 Patienter; i Mellemtiden er Gonokokkerne altsaa paavist i 4 Tilfælde, der følgelig har maattet udgaa af Kontrolmaterialet. —

For 8 Kvinder (Sygejournal Nr. 63—70), hvis Komplementbindingsreaktioner laa imellem 2 og 4, er intet oplyst, der kunde tyde paa gonorrhoisk Infektion. Kun de 3 har det været muligt at undersøge genitalt. Herved konstateredes i det ene Tilfælde (Sygejournal Nr. 66) Graviditet, iøvrigt intet abnormt; Patienten var en seropositiv Syfilitica. Den anden Patient (Sygejournal Nr. 67) havde en seronegativ Syfilis. Den tredje (Sygejournal Nr. 70) ønskede sig undersøgt i Anledning af, at hun 1 Maaned i Forvejen havde haft Coitus med en venerisk Mand.

For 5 Patienters Vedkommende savnes altsaa Genitalundersøgelse. De behandledes for

Erytema nodosum med Ledlidelse.

Lupus erytematodes (Patienten havde faaet Guldkloridinjektioner).

Pityriasis (Patienten havde faaet Tjærepenslinger).

Syfilis (W. R. ÷).

Syfilis (W. R. ÷, svagt + med syf. Ekstrakt.), Puerperium.

Af disse 8 tilsyneladende uspecifikt reagerende Patienter, havde i hvert Fald de 5 udsat sig for venerisk Smitte.

Til Slut skal det paapeges, at kun 3 af de 59 positivt reagerende Kvinder i Kontrolmaterialet var over den klimakteriske Alder. Iøvrigt var det unge eller ganske unge Pigebørn i den seksuelt mest foretagsomme Alder, hvor de løse Forbindelsers Antal er meget stort, og i hvilken derfor mange gonorrhoiske Infektioner erhverves og for manges Vedkommende ignoreres.

For yderligere at undersøge om den syfilitiske Infektion — som paastaaet af *Rubinstein* og *Gauran* — skulde have Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionens Udfald, har jeg foretaget følgende Sammenstilling.

I alt undersøgtes 643 Kontrolpatienter; af disse var 200 Syfilitikere. Paa Tidspunktet for Komplementbindingsundersøgelsen var 98 af Syfilispatienterne i seropositivt Stadium, 102 i sero-

negativt Stadium (til de seropositive er medregnet 24 Patienter, hvis Wassermannreaktion var ÷ med Hjerteekstrakt, svagt + med syfilitisk Ekstrakt, og hvis Sigmareaktioner var > 1,6).

Antallet af tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner var i mit Kontrolmateriale i alt 69.

Hvis Antallet af tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner var ligeligt fordelt mellem syfilitiske og ikke-syfilitiske Patienter, maatte man forvente 21 tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner blandt Syfilispatienterne.

Paa Forhaand vilde man dog være tilbøjelig til at anse gonorrhoiske Infektioner — ogsaa de ikke erkendte! — for hyppigere forekommende blandt Syfilismaterialet end blandt de øvrige — medicinske og kirurgiske — Patienter af Kontrolmaterialet. Jeg fandt da ogsaa nogle flere tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner blandt Syfilitikerne end svarende til en forholdsmæssig Fordeling mellem de nævnte Patientgrupper, nemlig 26.

Hvis nu disse 26 tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner var fordelt forholdsmæssigt mellem de omtrent lige talrige Wassermann-positive og Wassermann-negative Syfilispatienter, maatte der findes 13 i hver Gruppe. Hvis et Wassermann-positivt Serum formaaede at give uspecifik Komplementbindingsreaktion, maatte dette Forhold her give sig til Kende ved en Forskydning i Fordelingen af de tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner til Fordel for den Wassermann-positive Patientgruppe.

I Virkeligheden forekom tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner 13 Gange hos Wassermann-positive Syfilispatienter og 13 Gange hos Wassermann-negative.

Altsaa har Wassermann-positive Syfilitikersera ikke i særlig Grad været tilbøjelige til at give tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner.

Som tidligere omtalt angiver *Thomsen* (1923) at have paavist uspecifike Komplementbindingsreaktioner hos 3 af 4 sunde Forsøgsindivider ½ Time efter oral Indgift af ca. 1 Gram Kalciumklorid.

Jeg har prøvet denne Paastand ved at kopiere Forsøget paa 4 normale Personer.

Komplementbindingsreaktionen fandtes i alle Tilfælde negativ, saavel 1 Time før, som ½ Time og 24 Timer efter Indgiften af 1 Gram Kalciumklorid i vandig Opløsning.

Som Resultat af mine Undersøgelser over Komplementbindingsreaktionens Specifitetsgrad kan da fastslaas, at

I) Meningokokinfektioner kan give Anledning til uspecifike Reaktioner. Naar bortses fra disse har

II) Komplementbindingsreaktionen for Gonokokker vist sig specifik i 100 % af Individer (Børn), hos hvilke gonorrhoisk Infektion med Sikkerhed kunde udelukkes.

III) Af 185 Mænd, der ikke vides at have eller at have haft Gonorrhoe, gav 176 ingen Komplementbindingsreaktion (95,14 %); 9 gav positiv Komplementbindingsreaktion, hos 8 af disse (4,32 %) var gonorrhoisk Infektion sandsynlig, hos 1 (0,54 %) fandtes intet Holdepunkt for gonorrhoisk Infektion.

IV) Af 358 Kvinder, der ikke vides at have eller at have haft Gonorrhoe, gav 299 (83,52 %) ingen Komplementbindingsreaktion; 59 gav positiv Komplementbindingsreaktion; hos 51 (14,25 %) var gonorrhoisk Infektion sandsynlig; hos 8 (2,23 %) fandtes intet Holdepunkt for gonorrhoisk Infektion.

V) Beregnes Procentantallet af positive Komplementbindingsreaktioner for det samlede Kontrolmateriale, findes
0 % i Tilfælde, hvor gonorrhoisk Infektion er udelukket,
1,40 % i Tilfælde, hvor gonorrhoisk Infektion er ubevist, men ikke udelukket, og
9,18 % i Tilfælde, hvor gonorrhoisk Infektion er ubevist, men sandsynlig.
Fejlprocenten vil altsaa i gunstigste Tilfælde være 0, i ugunstigste Tilfælde 10,58.

VI) Tilsyneladende uspecifike Komplementbindingsreaktioner er ikke forekommen forholdsvis hyppigere hos Wassermann-positive Syfilispatienter end blandt de øvrige Kontrolindivider.

I foranstaaende Opgørelse har jeg ikke henregnet 1-Reaktionerne til de positive Komplementbindingsreaktioner, men ladet 2-Reaktionen være disses laveste Grænse. Dette er ikke en vilkaarlig valgt Grænselinje; den er fastlagt efter en kritisk Bedømmelse af Komplementbindingsreaktionens diagnostiske Værdi for hver enkelt Styrkegrads Vedkommende. Resultaterne af denne mere detaillerede Specifitetsundersøgelse lader sig bedst behandle nu, efter at der paa de foregaaende Sider er gjort Rede for Komplementbindingsreaktionens mere almindelige Forhold hos Kontrolindividerne. Efter de der nævnte Overvejelser, vil Berettigelsen af at opstille de nedenfor anførte Patientgrupper næppe kunne bestrides. Vi vil da nu undersøge: I) Hyppigheden af de enkelte Styrkegraders Forekomst, II) disses procentvise Optræden under følgende forskellige Forhold:

hos — Gruppe I — Patienter med bestaaende, bakteriologisk erkendt gonorrhoisk Infektion, —

hos — Gruppe II — Patienter med tidligere, bakteriologisk erkendt gonorrhoisk Infektion, —

hos — Gruppe III — Patienter med formentlig bestaaende, men ikke bakteriologisk erkendt gonorrhoisk Infektion, —

hos — Gruppe IV — Patienter uden formentlig eller bakteriologisk erkendt gonorrhoisk Infektion.

hos — Gruppe V — Patienter, hvor gonorrhoisk Infektion er udelukket.

Gruppe I omfatter alle Materialets mandlige og kvindelige Gonorrhoepatienter samt Børnegonorrhoikerne.

Gruppe II omfatter Materialets »Gonorrhoea antea«, altsaa udelukkende Mænd.

Gruppe III og IV omfatter samtlige Kontrolpatienter; Adskillelsen er foretaget paa Grundlag af de i det foregaaende Afsnit meddelte Oplysninger.

Gruppe V omfatter de 100 Børn i Kontrolmaterialet.

1=Reaktionen er forekommet 353 Gange, nemlig

293	Gange	i	Gruppe	I	83,0 %
15	—	—		II	4,3 %
28	—	—		III	7,9 %
17	—	—		IV	4,8 %
0	—	—		V	0 %

2=Reaktionen er forekommet 370 Gange, nemlig

339	Gange	i	Gruppe	I	91,6 %
7	—	—		II	1,9 %
18	—	—		III	4,9 %
6	—	—		IV	1,6 %
0	—	—		V	0 %

3=Reaktionen er forekommet 322 Gange, nemlig

294	Gange	i	Gruppe	I	91,3 %
5	—	—		II	1,55 %
18	—	—		III	5,6 %
5	—	—		IV	1,55 %
0	—	—		V	0 %

4=Reaktionen er forekommet 254 Gange, nemlig

243	Gange	i	Gruppe	I	95,7 %
1	Gang	—		II	0,4 %
9	Gange	—		III	3,5 %
1	Gang	—		IV	0,4 %
0	—	—		V	0 %

5=Reaktionen er forekommet 153 Gange, nemlig

147	Gange	i	Gruppe	I	96,1 %	
0	—	—		II	0 %	
5	—	—		III	3,2 %	
0	—	—		IV	0 %	
1	Gang	—		V	0,7 %	(Meningo=kokinfektion!)

6=Reaktionen er forekommet 102 Gange, nemlig

93	Gange	i	Gruppe I	91,2	%
1	Gang	—	II	1,0	%
8	Gange	—	III	7,8	%
0	—	—	IV	0	%
0	—	—	V	0	%

7=Reaktionen er forekommet 50 Gange, nemlig

46	Gange	i	Gruppe I	92,0	%
0	—	—	II	0	%
4	—	—	III	8,0	%
0	—	—	IV	0	%
0	—	—	V	0	%

8=Reaktionen er forekommet 28 Gange, nemlig

26	Gange	i	Gruppe I	92,9	%
0	—	—	II	0	%
2	—	—	III	7,1	%
0	—	—	IV	0	%
0	—	—	V	0	%

9=Reaktionen er forekommet 20 Gange, nemlig

18	Gange	i	Gruppe I	90,0	%
0	—	—	II	0	%
2	—	—	III	10,0	%
0	—	—	IV	0	%
0	—	—	V	0	%

10=Reaktionen er forekommet 10 Gange, nemlig

9	Gange	i	Gruppe I	90,0	%
0	—	—	II	0	%
1	Gang	—	III	10,0	%
0	—	—	IV	0	%
0	—	—	V	0	%

11=Reaktionen er forekommet 3 Gange, udelukkende i Gruppe I ..... 100 %

12=Reaktionen er forekommet 3 Gange, udelukkende i Gruppe I ..... 100 %

Af denne Oversigt fremgaar en Del betydningsfulde Iagttagelser:

I) Naar bortses fra Meningokokinfektioner er Reaktioner af Styrkegraden 1 eller derover ikke iagttaget hos Patienter, hvor gonorrhoisk Infektion kunde udelukkes.

II) Naar bortses fra Meningokokinfektioner er Reaktioner af Styrkegraden 5 eller derover kun iagttaget hos Patienter, hvor gonorrhoisk Infektion var bakteriologisk erkendt (i 90—96,1 %) eller ifølge kliniske og anamnestiske Data i høj Grad rimelig at formode (i 3,2—10 %).

III) Reaktioner af Styrkegraderne 2., 3. og 4. (de »svage Reaktioner«) danner en naturlig sammenhørende Gruppe, i hvilken 94 % af Reaktionerne fandtes hos som gonorrhoiske inficerede erkendte Individer, 4,7 % hos formodet gonorrhoisk inficerede Individer, 1,3 % hos Patienter uden formentlig eller erkendt gonorrhoisk Infektion.

IV) 1=Reaktionen staar i Specifitet mærkbart under alle andre Styrkegrader: 87,3 % fandtes hos erkendt gonorrhoisk inficerede Individer, 7,9 % hos formentlig gonorrhoisk inficerede Individer, 4,8 % hos Patienter uden formodet eller erkendt gonorrhoisk Infektion.

Næsten 5 % af de ganske svage Hæmolysehæmninger, svarende til Styrkegraden 1, forekommer altsaa hos formentlig ikke gonorrhoisk inficerede Individer, yderligere næsten 8 % hos ikke erkendte Gonorrhoikere. Dette har været afgørende for ikke at medregne Reaktioner af Styrkegraden 1 til de positive Komplementbindingsreaktioner, idet der formentlig bør tillægges disse Forhold større Betydning end den negative Oplysning, at 1=Reaktionen aldrig er forekommen, hvor gonorrhoisk Infektion med Sikkerhed kunde udelukkes.

1-Reaktionen bør altsaa kun med megen Varsomhed benyttes i Kliniken som støttende Diagnosen Gonorrhoe, hvor den kliniske Undersøgelse i sig gør Gonorrhoediagnosen sandsynlig. Er den kliniske Undersøgelse negativ, kan en mulig tilstedeværende Komplementbindingsreaktion af Styrkegraden 1 ikke rokke denne Afgørelse, men gør en fornyet klinisk og serologisk Iagttagelse af Patienten ønskelig.

REAKTIONENS FORHOLD VED GONORRHOEA ANTEA

Efter at Komplementbindingsreaktionens Forhold hos Individer, der ikke vides at have eller at have haft Gonorrhoe, er drøftet i det foregaaende Kapitel, skal her undersøges Komplementbindingsreaktionens Forhold hos Individer, der vides tidligere at have været gonorrhoisk inficerede, men som nu anses for raske.

At »den gonorrhoiske Proces bestandig overlever de sidste Gonokokker« betoner *Jadassohn* med særligt Henblik paa Gonorrhoeens kliniske Symptomer, og der er intet forbavsende i, at Gonorrhoeens serologiske Symptomer forholder sig paa samme Maade, og at de maaske endda overlever den sidste, klinisk iagttagelige gonorrhoiske Proces. Dette er da ogsaa paavist af talrige Undersøgere *(Schwartz & McNeil, Gardner & Clowes, McNeil, Thomas & Ivy, Shupe, Osmond, Gauran, Šavnik & Procházka, Thomson, Cohn & Gräfenberg, Fischer, Zoon, Scholtz & Dörffel),* kun om den »postkliniske« seropositive Fases sædvanlige Varighed hersker stor Uenighed. At det vilde begrænse Reaktionens praktiske Værdi, hvis en forlængst overstaaet gonorrhoisk Infektion stadig efterlod sig serologiske Spor, er indlysende.

For nærmere at belyse dette Spørgsmaal, har jeg under Betegnelsen »Gonorrhoea antea« samlet de mandlige Patienter, der vides at have været lidende af Gonorrhoe, men i hvis Sekreter man ikke har kunnet paavise Gonokokker indenfor det sidste Aar før Blodundersøgelsen.

Kvindelige Patienter ser jeg i dette og følgende Kapitler bort fra, fordi Tidspunktet for deres Infektion og deres eventuelle

Helbredelse kun sjældent med nogenlunde Sikkerhed kan fastslaas, idet man særligt har Vanskelighed ved at udelukke mulige Reinfektioner; disses sikkert hyppige Forekomst vilde gøre hele Opstillingens Paalidelighed illusorisk. Hos Mænd er Infektionsforholdene som Regel langt mere overskuelige. I Stedet har jeg foretrukket at opstille Kvindegonorrhoeen for sig selv, idet den saa — uanset Infektionens Alder — udstykkes i forskellige Grupper efter den gonorrhoiske Infektions forskellige Lokalisation i de kvindelige Organer. Kun hvor Talen er om de for de to Køn fælles gonorrhoiske Organmetastaser (f. Eks. Artroiterne), falder det naturligt at omtale disses Forhold under eet.

Den ovenfor nævnte skarpt definerede Afgrænsning af »Gonorrhoea antea«, hvor Hovedvægten er lagt paa Gonokokfundet, er nødvendig overfor Gonorrhoea chronica for at undgaa den skønsmæssige, stærkt individuelt varierende Vurdering af eventuelt tilstedeværende kliniske Symptomer. En enkelt Slimtraad i Urinen, en lille, ikke øm Knude i Prostata vil kunne foraarsage, at Patienten af een Undersøger vil blive henført til Gonorrhoea-chronica-Gruppen, medens en anden, lige saa habil Undersøger ikke vil tage i Betænkning at rubricere Patienten under Gonorrhoea antea. Afgørelsen strander netop paa Manglen af sikre kliniske Holdepunkter for, hvornaar en Gonorrhoe er helbredt, og hvornaar vi kun har at gøre med ikke-specifike, postgonorrhoiske Følgetilstande. Opgaven bliver nu en dobbelt, dels at undersøge den positive Komplementbindingsreaktions Varighed i Forhold til Sygdommens, dels at undersøge om Komplementbindingsreaktionen vil kunne yde nogen differentialdiagnostisk Hjælp ved de nævnte for Klinikeren ofte yderst prekære Afgørelser. —

Materialet rummer 145 tidligere gonorrhoiske, nu formentlig raske Mænd. I 103 Tilfælde laa Infektionen, subsidiært den sidste Infektion, mellem 1 og 6 Aar tilbage i Tiden; Resten var af ældre Dato, den ældste 40 Aar gammel. De fleste af disse Patienter henvendte sig paa Kliniken af Frygt for Recidiv af den tidligere Lidelse; andre undersøgtes, naar de paa Grund af Gonorrhoeen uvedkommende Lidelser, paany søgte Klinikens Hjælp.

Ved den kliniske Undersøgelse af disse Patienter fandtes hos 57 intet abnormt.

9 havde — til dels purulent — Udflod.

19 sparsomt slimet Uretralsekret.

13 Herpes genitalis.

27 een eller flere Slimtraade i første Urinportion.

10 een eller flere Slimtraade i første Urinportion, der var let uklar.

2 Epididymitis opstaaet efter Traume.

1 fast Svulst af Funiklen.

2 Ledtilfælde.

Foruden de nævnte Symptomer havde 24 af disse Patienter Størrelses- eller Konsistensforandringer af Prostata. Endvidere havde

1 diffus uklar Urin med Smerter ved Vandladningen.

1 nylig afløben Epididymitis.

1 diffus Prostataforstørrelse.

1 Ømhed af venstre Prostatalap.

1 knudret Svulst af Prostata, hyppig Vandladning samt Arthritis genus.

39,3 % af Patienterne var altsaa symptomfri; 60,7 % frembød eet eller flere Symptomer, der kunde opfattes som gonorrhoiske. For ingen af Patienterne fandtes antigonorrhoisk Behandling indiceret, da Gonokokker ikke var paaviselige, hos enkelte endda trods talrige mikroskopiske Sekretundersøgelser.

Komplementbindingsreaktionen var 0 hos 125 Patienter. 1-Reaktionen forekom 12 Gange. Hos 8 Patienter fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv af Styrkegrad fra 2 til 6 (Sygejournal Nr. 71 til 78, S. 192—95).

For de positivt reagerende Patienter laa Infektionstidspunktet henholdsvis 1 — 1 — 2 — 4 — 6 og 6 Aar tilbage i Tiden; for 2 Patienter savnes Oplysning om Infektionstidspunktet.

3 af de positivt reagerende Patienter frembød ingen kliniske Symptomer; desværre har den kliniske Undersøgelse af disse 3 Patienter kun kunnet blive mangelfuld. 5 Patienter (de sidstnævnte i ovenstaaende Fortegnelse over Symptomernes Art) havde kliniske Symptomer. Det er min Opfattelse, at den positive Komplementbindingsreaktion i disse 8 Tilfælde er et Bevis for, at de paagældende Individer stadig huser Gonokokker og skal forsøge at sandsynliggøre denne Anskuelses Berettigelse.

Hvordan harmonerer denne Antagelse med tidligere Klini-

keres Syn paa Gonokokkernes patogenetiske Rolle for disse »postgonorrhoiske« Lidelser? Hvor mange saakaldte postgonorrhoiske Symptomer bør opfattes som ægte gonorrhoiske?

Scholtz fremhæver, at samtlige objektive kliniske Symptomer saavel som de patologiske Slimhindeforandringer er ganske de samme ved kronisk Gonorrhoe og kronisk postgonorrhoisk Uretritis, og at Differentialdiagnosen mellem disse alene er mulig ved Paavisning af Gonokokker. Efter indgaaende bakteriologiske Undersøgelser anslaar *Scholtz* det Procentantal af kroniske postgonorrhoiske Urinrørsbetændelser, der endnu er betinget af Gonokokker til i det højeste 10. *Casper* angiver Hyppigheden til 5—6 %.

For den kroniske postgonorrhoiske Prostatitis' Vedkommende er Angivelserne om Hyppigheden af Gonokokkernes Forekomst langt mere varierende, fra *Waelsch* 2 % til *v. Notthafft,* der i 3. Halvaar efter Infektionen endnu i 50 % af Tilfældene finder Gonokokker i Prostatasekretet, i 4. endnu i 18 %, i 3. Aar 6 %.

For at kunne sammenligne disse Talangivelser med mit Materiale, har jeg af dette foretaget følgende Sammenstilling:

Der fandtes 72 Patienter med Symptomer paa kronisk postgonorrhoisk Uretritis.

Blandt disse paavistes Gonokokker i 6 Tilfælde.

Komplementsbindingsreaktionen fandtes positiv i 1 af disse 6 Tilfælde.

I 66 Tilfælde paavistes ikke Gonokokker.

I 1 af disse var Komplementbindingsreaktionen positiv.

43 Patienter havde Symptomer paa kronisk postgonorrhoisk Prostatitis.

Hos 19 af disse paavistes Gonokokker.

Samtlige 19 kroniske gonorrhoiske Prostatiter gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I 24 Tilfælde paavistes ikke Gonokokker.

3 af disse gav positiv Komplementbindingsreaktion.

Udtrykt i Procent var af samtlige kroniske postgonorrhoiske Uretriter:

8,3 gonorrhoiske, hvis Hensyn tages alene til positivt Gonokokfund.

2,8 gonorrhoiske, hvis Hensyn tages alene til positiv Komplementbindingsreaktion.
9,7 gonorrhoiske, hvis Hensyn tages baade til positivt Gonokokfund og positiv Komplementbindingsreaktion.

Af de kroniske postgonorrhoiske Prostatiter var:
44,2 % gonorrhoiske, hvis Hensyn tages alene til positivt Gonokokfund.
51,2 % gonorrhoiske, hvis Hensyn tages alene til positiv Komplementbindingsreaktion.
51,2 % gonorrhoiske, hvis Hensyn tages baade til positivt Gonokokfund og positiv Komplementbindingsreaktion.

Som det vil ses, stemmer de Resultater, jeg har opnaaet ved kombineret bakteriologisk-serologisk Undersøgelse af Patienter med kronisk postgonorrhoisk Uretritis og Prostatitis godt overens med de af *Scholtz* og *v. Notthafft* meddelte, der udelukkende bygger paa den bakteriologiske Undersøgelse af Sekreterne. *v. Notthafft*'s Betoning af den kroniske gonorrhoiske Prostatitis' Hyppighed og store Betydning som Smittefokus ved mange tilsyneladende »kryptogenetiske« gonorrhoiske Infektioner faar saaledes gennem disse Undersøgelser forøget Vægt (sml. Kapitlet »Gonorrhoea chronica«, Afsnit IV).

Det synes herefter naturligt at antage de 4 her omtalte positive Komplementbindingsreaktioner hos Patienter med Symptomer paa kronisk postgonorrhoisk Uretritis og Prostatitis som Udtryk for stadigt tilstedeværende gonorrhoiske Foki til Trods for, at Gonokokker ikke har været mikroskopisk paaviselige. -- For den femte Patient, der nylig havde haft en Epididymitis (Sygejournal Nr. 76), lader den positive Komplementbindingsreaktion sig utvungent forklare paa lignende Vis.

Tilbage bliver de 3 klinisk mangelfuldt undersøgte Tilfælde (Sygejournal Nr. 72, 74 og 78), hvis Komplementbindingsreaktion var 2 eller 3. To af disse havde haft gentagne (eller recidiverende?) gonorrhoiske Infektioner; den tredie Patient, der havde Vanskelighed ved Sprøjtningen paa Grund af en phimotisk Forhud, var udebleven fra Observation, efter at han havde været i Behandling i 8 Dage. I intet af disse Tilfælde lader en kronisk gonorrhoisk Infektion sig udelukke. —

Kwiatkowski & Legezyński har som omtalt samme Syn som

jeg paa Betydningen af en positiv Komplementbindingsreaktions fortsatte Bestaaen hos tilsyneladende helbredte Gonorrhoepatienter; de raader over 19 Tilfælde af denne Art; 17 af disse Patienter fik senere gonorrhoisk Recidiv.

Hvor hyppigt seropositive Gonorrhoea-antea-Patienter har faaet Recidiv, fremgaar ikke direkte af min Opstilling, idet de paagældende Patienter, saa snart positivt Gonokokfund har bekræftet Resultatet af Komplementbindingsreaktionen, er bleven overført til Gonorrhoea-chronica-Gruppen. I denne, der omfatter 39 seropositive Patienter, er Komplementbindingsreaktionen i 6 Tilfælde fundet positiv, før positivt Gonokokfund afgjorde Diagnosen (se for Eksempel i Sygejournal Nr. 82 og 83, S. 199—200). Disse 6 seropositive Gonorrhoea-antea-Patienter har været opfattet som klinisk helbredte, indtil de gonorrhoiske Recidiver har godtgjort den stadigt positive Komplementbindingsreaktions Specifitet. Af ialt 14 tidligere gonorrhoiske, seropositive Observationspatienter, har altsaa hidtil 6 faaet bakteriologisk erkendt, klinisk Recidiv.

De to i Begyndelsen af Kapitlet rejste Spørgsmaal maa da besvares derhen:

Efter Forløbet af mindst 1 Aar efter den gonorrhoiske Infektions tilsyneladende kliniske Helbredelse er positiv Komplementbindingsreaktion ikke paavist hos sikkert symptomløse Patienter*). Under de nævnte Forhold fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv hos 8 af 145 Patienter (5,5 %); i 3 af disse Tilfælde (2,1 %) var den kliniske Undersøgelse mangelfuld, men de anamnestiske Data kunde tages til Indtægt for, at det muligvis drejede sig om kroniske gonorrhoiske Infektioner; i de 5 Tilfælde (3,4 %) fandtes kliniske Symptomer (paa Uretritis, Epididymitis eller Prostatitis), der sandsynliggjorde den gonorrhoiske Infektions fortsatte Bestaaen. — Det praktiske Resultat heraf bliver, at enhver Patient, som har haft Gonorrhoe, og som endnu 1 Aar efter Infektionen frembyder en positiv Komplementbindingsreaktion, bør anses for stadig at være gonorrhoisk inficeret, og Bestræbelserne maa gaa ud paa ved gentagne omhyggelige Undersøgelser at fastslaa Infektionens Sæde.

For Differentialdiagnosen mellem kronisk gonorrhoisk Ure-

*) Nærmere om Tidspunktet for den positive Komplementbindingsreaktions Forsvinden i Kapitlet »Gonorrhoea acuta«.

tritis og kronisk postgonorrhoisk Uretritis spiller Komplement-bindingsreaktion ingen væsentlig Rolle, da den kun undtagelsesvis findes positiv ved den kroniske gonorrhoiske Uretritis (naar bortses fra Tilfælde, der er komplicerede med periuretrale Infiltrater eller Strikturer).

Derimod er Komplementbindingsreaktionen af Betydning for Erkendelsen af den kroniske gonorrhoiske Prostatitis, idet ikke blot alle kroniske Prostatiter, hvor Gonokokpaavisningen lykkedes — om end ofte først efter mange Maaneders forgæves Søgen —, gav positiv Komplementbindingsreaktion, men ogsaa enkelte Tilfælde, hvor Gonokokundersøgelsen var negativ trods Tilstedeværelsen af kliniske Symptomer, viste sig ved serologisk Undersøgelse formentlig at maatte tilskrives den gonorrhoiske Infektion.

Herpes genitalis er paafaldende ofte — 13 Gange — konstateret hos disse tidligere Gonorrhoepatienter. Til Sammenligning kan tjene, at der i Aarene 1925—1927 paa Rigshospitalets dermatologiske Poliklinik blandt 14408 nye Patienter 76 Gange diagnosticeredes Herpes simplex hos Mænd, hvilket omtrentlig svarer til 11 Herpestilfælde pr. 1000 Mænd; af disse Herpestilfælde har endda kun en Brøkdel været lokaliseret til Genitalia. Derimod fandt jeg 13 Tilfælde af Herpes genitalis blandt 145 tidligere gonorrhoisk inficerede Mænd, hvilket vilde svare til 90 pr. 1000. — *Ivar Petersen* nævner i sin Disputats fra 1901 som en Mulighed, at trofiske Affektioner i det Omraade af Huden, hvortil de reflekterede Smerter ved Prostatitis projiceres, af og til fremkaldes ad reflektorisk Vej, og nævner som Eksempler paa denne Mulighed 2 Tilfælde af Herpes zoster og 1 Tilfælde af en tokronestor Herpesgruppe (abortiv Zoster) i de paagældende Regioner hos kroniske Protatikere.

At der i hvert Fald, som hævdet af *Rasch,* bestaar et Aarsagsforhold mellem den gonorrhoiske Infektion i Urogenitalsystemet og Herpes genitalis sandsynliggøres af mine forannævnte Erfaringer. I intet Tilfælde har Herpeseruptionen været ledsaget af positiv Komplementbindingsreaktion. Det synes derfor, som om Gonorrhoeens formidlende Rolle ved Patogenesen af Herpes genitalis ikke kan søges i selve den — latente eller aktive — gonorrhoiske Infektion, men snarere maa tilskrives dennes ikke-infektiøse Residuer eller Følgetilstande.

REAKTIONENS FORHOLD VED GONORRHOEA CHRONICA

Til denne Gruppe har jeg henført Mænd, hvis gonorrhoiske Infektion er over eet Aar gammel, og i hvis Sekreter man indenfor det sidste Aar før Blodundersøgelsen eller kort efter har paavist Gonokokker, og som endnu ved Tidspunktet for Blodtagningen frembyder kliniske Tegn paa Gonorrhoe.

I 6 Tilfælde erkendtes Lidelsens gonorrhoiske Karakter først serologisk, senere ogsaa bakteriologisk.

Indenfor den kroniske Mandfolkegonorrhoe har jeg udskilt følgende Underafdelinger:

I) Tilfælde, hvor man ifølge den kliniske Undersøgelse maa opfatte Infektionen som lokaliseret alene til Uretra i Form af en kronisk Katarrh.
II) Tilfælde, hvor man har erkendt Tilstedeværelsen af periuretrale Komplikationer (Infiltrater, Abscesser eller Strikturer).
III) Tilfælde med Epididymitis.
IV) Tilfælde med Prostatitis.
V) Tilfælde med Artroitis.

ad I) Materialet omfatter 6 Patienter med Tegn paa kronisk gonorrhoisk Uretritis; de 5 syntes kun lokaliserede til Uretra anterior, den ene baade til Uretra anterior og posterior.

Kun een Patient gav svagt positiv Komplementbindingsreaktion (»2«); han havde haft idelig recidiverende gonorrhoiske Infektioner gennem 10 Aar (Sygejournal Nr. 79, S. 195).

To Patienter viste Komplementbindingsreaktion 1; Infektionerne var 3 og 4 Aar gamle.

Ogsaa for de tre Patienters Vedkommende, der gav Komplementbindingsreaktion 0, var Infektionerne af 3—4 Aars Varighed.

ad II) 11 Patienter havde periuretrale Komplikationer; i 3 Tilfælde drejede det sig om Fistler eller Abscesser, i 8 Tilfælde om Strikturer (kun saadanne Uretralstrikturer er naturligvis her medregnede, hvor Gonokokker er paavist; een Striktur-patient uden klinisk eller anamnestisk Gonorrhoe er opført under Kontrolmaterialet).

Alle Patienterne gav positive Komplementbindingsreaktioner, varierende i Styrkegrad fra 3 til 11.

Infektionerne angaves at være fra 3 til 26 Aar gamle.

Af særlig Interesse er Sygejournal Nr. 80 (S. 196—97): En 44-aarig Mand, hvis Gonorrhoe skrev sig fra Aar 1901, behandledes i 1917 paa kirurgisk Afdeling paa Grund af en Uretralstriktur. I 1927 indlagdes han paa Rigshospitalets Afd. H, hvor man foruden flere Strikturer fandt et stort periuretralt Infiltrat, der senere abscederede; i Pusset paavistes enkelte Gonokokker. Komplementbindingsreaktionen, der var 6, faldt under Injektionsterapi til 3. Efter Spaltning af Abscessen og Udskrælning af Granulationsmasserne i Prostata lægtes Fistlerne, og Komplementbindingsreaktion blev 0. (Dette Sygdomstilfælde er i mere udførlig Form meddelt af mig i Dansk dermatologisk Selskabs 205. Møde, 2. Novb. 1927: Røntgenogram af gonorrhoisk Uretralstriktur med Absces- og Fisteldannelse i Perineum).

Ogsaa i Sygejournal Nr. 81 (S. 197—99) ser man, at Komplementbindingsreaktionen svinder nogle Maaneder efter operativ Spaltning af en aargammel gonorrhoisk Fistel.

ad III) 6 kroniske Gonorrhoikere, der i Løbet af det sidste Aar havde haft Epididymitis, gav alle positiv Komplementbindingsreaktion, varierende i Styrkegrad fra 3 til 7.

Infektionerne angaves at være fra 1 til 9 Aar gamle.

Som tidligere omtalt mener *Priestley* at kunne spore en direkte Parallellitet mellem Mængden af i Organismen retineret gonorrhoisk Betændelseseksudat og Blodserums komplementbindende Evne. I denne Forbindelse kunde det være af Interesse at undersøge om de gonorrhoiske Eksudater maaske indeholdt komplementbindende Antistoffer i særlig rigelig Mængde. Dertil fik jeg Lejlighed, da der hos en Patient (Sygejournal Nr. 82),

samtidig med Epididymiten udviklede sig et stort symptomatisk Hydrocele testis; dette punkteredes. Komplementbindingsreaktionen anstillet paa Hydrocelevædsken var 6, med Blodserum samme Dag 7. De paagældende Reaginer fandtes altsaa i praktisk samme Mængde i Eksudatet som i Patientens Serum.

ad IV) I 19 Tilfælde var den kroniske Gonorrhoe ledsaget af Prostatitis eller Vesiculitis; alle Patienterne gav positiv Komplementbindingsreaktion af Styrkegrad fra 3 til 10. Infektionerne syntes at være fra 1 til 13 Aar gamle.

Som omtalt Side 115 maa 51,2 % af de af mig undersøgte kroniske postgonorrhoiske Prostatiter, hvis akute Stadium ligger indtil 13 Aar tilbage i Tiden, opfattes som ægte gonorrhoiske; dette i første Øjeblik forbløffende høje Procentantal harmonerer som omtalt godt med *v. Notthafft*'s Paavisning (1914) af den gonorrhoiske Prostatits skæbnesvangre Kronicitet. Denne Forfatters veldokumenterede Anskuelse kan næppe siges at have vundet tilstrækkelig klinisk Opmærksomhed og Tiltro, i hvert Fald har man ikke altid draget de deraf følgende Konsekvenser for Gonorrhoeens Behandling og Prognose. Selv om det af mig genfundne Forhold af Gonokokkernes hyppigt aarelange Persisteren i den kroniske Prostatitis ikke lader sig rokke, idet den gonorrhoiske Infektions fortsatte Bestaaen i 44,2 af de 51,2 % er bakteriologisk bevist, i de resterende 7 % i højeste Grad sandsynliggjort ved den kliniske og serologiske Undersøgelse, skønner jeg derfor, at der alligevel er Grund til at gøre opmærksom paa andre nyere Arbejder, hvis Konklusioner gaar i samme Retning.

Moro (1911) fandt, at 187 (40 %) af 450 voksne Mænd, der var indlagt paa kirurgisk Klinik i Genua, havde haft Gonorrhoe. Hos 38 % af de tidligere Gonorrhoikere paavistes efter Massage af Prostata Gonokokker i Urinen endnu 1 til 44 Aar efter den akute Infektion.

Knack & Simon (1928) undersøgte med særlig Henblik paa kronisk Prostatitis 326 mandlige Patienter, der var indlagt paa medicinsk Afdeling i Hamborg for de forskelligste Lidelser. Hos 83 fandtes baade palpable Prostataforandringer og patologisk Ekspressionssekret; 42 af disse Patienter indrømmede tidligere gonorhoiske Infektioner, hos de 10 (d. v. s. ca. 24 % af de sikre postgonorrhoiske Prostatiter) fandtes Gonokokker i

Prostata-Eksprimatet. Infektionerne var i disse Tilfælde indtil 9 Aar gamle. Det hævdes, at den kroniske Prostatitis paa Grund af sin Hyppighed spiller en lige saa stor Rolle ved den sociale Bekæmpelse af Gonorrhoeen som den kroniske Endometritis.

Riemke (1929) mener, at en kronisk, latent Prostatitis har været den skjulte Kilde til ikke saa faa Tilfælde af Lumbago eller andre Muskelneuralgier, Ischias, kronisk Artroitis eller sekundære Cystiter. I eet Tilfælde fandtes Gonokokker i Sekretet fra en Prostatitis, hvis akute Stadium laa 15 Aar tilbage. —

Sygejournal Nr. 83 (S. 200) viser, hvor kronisk og symptomløs en Gonorrhoe hos en hypospadisk Patient kan forløbe, og hvor vanskeligt det derfor kan være at erkende Aarsagen til en konstant positiv Komplementbindingsreaktion. Urinen var næsten stadig klar; Udflod iagttoges kun med mange Maaneders Mellemrum; Eksplorationsfundet var ikke overbevisende, bedømtes i hvert Fald forskelligt af de skiftende Undersøgere. Først efter 9 Maaneders Observation paavistes Gonokokkerne i det gramfarvede Udflodspræparat.

En ret tilfældigt foretagen Komplementbindingsreaktion hos Patienter, der behandledes for ikke-gonorrhoiske Lidelser, har jævnlig været Aarsag til Erkendelsen af en indtil da overset kronisk gonorrhoisk Infektion. Saaledes skildrer Sygejournal Nr. 84 (S. 201) en Patient, der intet vidste om at være gonorrhoisk eller syfilitisk inficeret. Baade Komplementbindingsreaktionen og Wassermann-Reaktionen var positive. Først efter tre Fjerdingaars Observation fandt jeg de typisk lejrede, gramnegative Diplokokker i det graalige Eksprimat fra Patientens lille, faste Prostata. Resultatet af en mindre energisk Undersøgelse vilde kunne være taget til Indtægt for *Rubinstein*'s Angivelse af, at 30 % af Wasserman-positive Syfilissera skulde give uspecifike Komplementbindingsreaktioner.

ad V) 2 Mænd med multiple Ledaffektioner, henholdsvis 2 og 11 Aar efter sidste erkendte (og erindrede) gonorrhoiske Infektion, gav begge positiv Komplementbindingsreaktion af Styrke 2—4. —

Ialt er undersøgt 44 kroniske mandlige Gonorrhoepatienter. Komplementbindingsreaktionen fandtes positiv ved 1 af 6

ukomplicerede Uretriter (16,7 %). Komplementbindingsreaktionen fandtes positiv ved alle 38 af forskellige Komplikationer ledsagede Tilfælde. Komplementbindingsreaktionen er set svinde efter kirurgisk Behandling af de paagældende Komplikationer.

Ved komplicerede Tilfælde af kronisk Mandfolkegonorrhoe kan man altsaa forvente positiv Komplementbindingsreaktion. Ved de kroniske gonorrhoiske Urinrørskatarrher vil man derimod kun undtagelsesvis træffe en positiv Seroreaktion.

REAKTIONENS FORHOLD VED GONORRHOEA ACUTA

Til de akute Gonorrhoeer henregner jeg alle de gonorrhoiske Infektioner hos Mænd, hvor det er oplyst, at der ikke er forløbet 1 Aar siden Patienten har paadraget sig den paagældende gonorrhoiske Infektion (Kvindegonorrhoeen er af tidligere anførte Grunde ikke medtaget). Det er en Selvfølge, at talrige Gonorrhoetilfælde, der paa Tidspunktet for Blodtagningen allerede for længst maa anses for helbredte, derved kommer med i denne Gruppe; de burde betegnes som »Gonorrhoea antea«. Naar jeg dog har set bort herfra, skyldes det Ønsket om at samle et Materiale, der var egnet til at anskueliggøre Reaktionens Forløb ikke blot under, men ogsaa i Maanederne nærmest efter den kliniske Gonorrhoe, specielt i den Hensigt at konstatere, hvor længe det varer, før en klinisk afløben gonorrhoisk Infektion ogsaa i serologisk Henseende kan betragtes som helbredt. Dette muliggøres ved denne Inddeling. At jeg maaske til Gengæld faar et i Sammenligning med visse andre Undersøgere færre Antal positivt reagerende Blodprøver hos Patienter af Gruppen »Gonorrhoea acuta« vil delvis kunne forklares ved denne særlige og — som jeg mener — i videnskabelig Henseende mere tilfredsstillende Opstilling.

Indenfor de akute Gonorrhoeer skelnes mellem følgende Underafdelinger:

I) Gonorrhoeer, hvor den kliniske Undersøgelse kun har fastslaaet Tilstedeværelsen af en Uretritis anterior.
II) Gonorrhoeer, hvor den kliniske Diagnose er Uretritis anterior + posterior.
III) Gonorrhoiske Uretriter med periuretrale Komplikationer.

IV) Gonorrhoiske Uretriter med Epididymitis.
V) Gonorrhoiske Uretriter komplicerede med Prostatitis.
IV) Gonorrhoiske Uretriter komplicerede med Artroiter (i denne Underafdeling er som tidligere nævnt Tilfælde af Kvindekøn medindbefattede).

Indenfor hver enkelt Underafdeling har jeg endvidere sondret mellem første Gangs inficerede Patienter og Patienter, der allerede tidligere har gennemgaaet een eller flere gonorrhoiske Infektioner. Herved opnaas at udskille en Række af Patienter (de første Gangs inficerede), der er uangribelig som Basis for Bedømmelsen af Komplementbindingsreaktionens Ydeevne ved »rene Tilfælde«, d. v. s. Tilfælde, hvor en gennem en tidligere gonorrhoisk Infektion hidført allergisk Tilstand af den inficerede Organisme — saa vidt gørligt — kan udelukkes, og hvor man kan se bort fra den Mulighed, at en tilsyneladende frisk Infektion kun er et Recidiv af en tidligere gonorrhoisk Infektion. Kun i disse Tilfælde har man Mulighed for at fastslaa den sædvanlige Varighed af det indledende seronegative Stadium ved gonorrhoisk Infektion. Kun ved disse Tilfælde er det berettiget at forsøge at fastlægge Komplementbindingsreaktionens sædvanlige Styrke ved Infektionens forskellige Lokalisationer, samt Reaktionens sædvanlige Svingninger under Forløbet af den gonorrhoiske Infektion.

Uretritis anterior acuta hos første Gangs inficerede.

I denne Gruppe findes 109 Patienter, der er undersøgt med 231 Blodprøver.

46 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion:

I	16	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2.
-	16	—	—	—	— 3.
-	10	—	—	—	— 4.
-	2	—	—	—	— 5.
-	1	—	—	—	— 6.
-	1	—	—	—	— 10.

Kun i 4 af 46 Tilfælde (8,7 %) oversteg Styrkegraden altsaa 4. Gennemgaar man disse 4 Sygehistorier, viser disse Patien-

ter sig ogsaa klinisk at indtage en Særstilling, der maaske forklarer deres usædvanligt stærke Seroreaktioner.

For de 3 Patienters Vedkommende (Sygejournal Nr. 85, 86 og 87, S. 201—03) var Gonorrhoeens Forløb kun i uegentlig Forstand ukompliceret: de havde alle ømme, gonorrhoiske Kirtelhævelser i Lysken (Komplementbindingsreaktionerne var 5—6—10). Vi vil i det følgende træffe flere Eksempler paa, at gonorrhoiske Lymfadeniter og Lymfangiter er i Stand til at foraarsage stærke og tidligt indtrædende Komplementbindingsreaktioner. Dette Faktum, som *Kunewälder* for ganske nylig ogsaa har bemærket, henleder Opmærksomheden paa, at Lymfekirtlerne muligvis spiller en stor Rolle som Antistofproduktorer, et Forhold, om hvilket hidindtil intet med Sikkerhed er oplyst, men som harmonerer med, hvad man iøvrigt ved om den fremtrædende Rolle, der tilkommer Lymfekirtlerne ved Bekæmpelsen af talrige, lokale Infektioner.

Den fjerde af de »stærkt reagerende« Patienter (Sygejournal Nr. 88, S. 203) havde i Januar 1927 (ca. 14 Dage efter Infektionen) let uklar Urin i begge Portioner; om Sygdommens Forløb i de følgende fem Maaneder savnes Oplysninger. Da Patienten atter mødte — 13. Juni 1927 — var Komplementbindingsreaktionen 5; en mellemliggende gonorrhoisk Komplikation kan ikke udelukkes.

Hos sikkert ukomplicerede første Gangs inficerede Uretritis-anterior-Patienter har jeg altsaa ikke truffet Komplementbindingsværdier over 4. De højeste Styrkegrader (3 og 4) træffes, medens Infektionen er fra ½—2½ Maaned gammel. Reaktioner af Styrke 2 til 4 danner saaledes ogsaa i denne Henseende en naturlig sammenhørende Gruppe af »svage Reaktioner«, der tilsyneladende antyder Infektionens Karakter af en til Uretras overfladiske Lag, specielt Mukosa, lokaliseret Lidelse. I hvert Fald træffer man straks højere Styrkegrader, naar man klinisk har konstateret Betændelsens Overgriben paa Submukosa i Form af periuretrale Infiltratdannelser.

I 20 Tilfælde maa det omtrentlige Infektionstidspunkt anses for oplyst. Naturligvis er Angivelsen af Tidspunktet for det smittende Coitus stedse betragtet med al mulig Skepsis; dels ønsker Patienterne ikke altid at give de fornødne eksakte Oplysninger; mange har en menneskelig Tilbøjelighed til at skubbe

Tidspunktet for det ubehagelige Uheld fra sig til en urimelig fjern Fortid; dels kan deres Hukommelse slaa fejl; undertiden sker det dog, at Patientens Erindring fæstnes paa Grund af Infektionstidspunktets Sammentræf med for Patienten i andre Retninger særligt begivenhedsrige Dage (1. Maj, Grundlovsdagen eller »Forlovelsesdagen«); i saa Fald vinder Udsagnet formentlig i Troværdighed.

Kun i 4 af disse 20 Tilfælde er Komplementbindingsreaktionen foretaget paa et saa tidligt Tidspunkt, at det kan have Betydning for Afgørelsen af Spørgsmaalet om, hvor tidligt i Infektionen Reaktionen sædvanligvis bliver positiv.

5.	Dag	efter	Infektionen	fandtes	Kpl.	0.
12.	—	—	—	—	—	2.
ca. 13.	—	—	—	—	—	4.
22.	—	—	—	—	—	4.

Særligt oplysende er Sygejournal Nr. 85. Patienten var en 15-aarig ung Mand, der $^{14}/_{6}$ 1928 havde celebreret sit første og indtil videre eneste Coitus. $^{25}/_{6}$ fandtes Komplementbindingsreaktionen 2, $^{26}/_{6}$ 1, $^{27}/_{6}$, $^{28}/_{6}$ og $^{29}/_{6}$ 3. I dette Tilfælde har jeg sikker Formodning om Oplysningens Rigtighed. Det maa fremhæves, at Uretriten i dette Tilfælde var ledsaget af en gonorrhoisk Adenitis, der vel nok har foraarsaget en særligt tidlig indtrædende Komplementbindingsreaktion.

Vi skal nu følge Infektionens Forløb ved de forskellige Komplementbindingsreaktionsværdier for at paavise eventuelle Lovmæssigheder mellem Sygdommens kliniske og serologiske Forløb.

I 26 Tilfælde har jeg haft Lejlighed til at konstatere Tidspunktet saavel for de kliniske Symptomers Ophør som for den positive Reaktions Forsvinden.

I 1 Tilfælde svandt Komplementbindingsreaktionen, medens den gonorrhoiske Proces endnu var aktiv (Sygejournal Nr. 89, S. 203—04).

I 11 Tilfælde er Infektionstidspunktet ikke oplyst med fornøden Sikkerhed til at bestemme Infektionens eller den seropositive Fases Varighed.

De resterende 14 Patienter var klinisk symptomfrie efter

gennemsnitlig 121 Dage; derimod varede det gennemsnitlig 153 Dage, før Komplementbindingsreaktionen blev konstant negativ. Som Regel holdt Reaktionen sig altsaa positiv godt 1 Maaned, efter at Infektionen klinisk var afløben.

Af de 20 Tilfælde, i hvilke Komplementbindingsreaktionen ikke er fulgt, til den blev negativ, er Patienterne i 13 Tilfælde iagtagne, indtil deres kliniske Symptomer var svundne. I 9 af disse kendes Infektionstidspunktet med tilstrækkelig Nøjagtighed til, at man kan beregne Sygdommens kliniske Varighed, der gennemsnitlig bliver 129 Dage.

For samtlige 23 seropositive Patienter, for hvilke Infektionens kliniske Varighed med Omtrentlighed lader sig bestemme, var denne gennemsnitlig 127 Dage.

Hos 10 Patienter oversteg Komplementbindingsreaktionen ikke Styrkegraden 1, undersøgt ved 23 Blodprøver.

I 7 Tilfælde lader Infektionens kliniske Varighed sig bestemme. Sygejournal Nr. 90 (S. 204) udskydes af Beregningen, da Komplementbindingsreaktionen først er foretaget ved Udskrivelsen, saa at det ikke kan udelukkes, at Reaktionen paa et tidligere Tidspunkt har været stærkere. For Resten findes Infektionens kliniske gennemsnitlige Varighed at være 116 Dage, altsaa lidt kortere end for de Patienter, hvis Komplementbindingsreaktion naaede højere Værdier.

---

53 Patienter, der undersøgtes ved 86 Blodprøver, viste til Stadighed Komplementbindingsreaktionen 0.

I 7 Tilfælde er kun foretaget en enkelt Komplementbindingsreaktion, og det indenfor Infektionens første 14 Dage, hvor man ifølge vor Erfaring paa Forhaand maatte forvente en manglende Reaktion.

I 6 Tilfælde er kun foretaget en enkelt Komplementbindingsreaktion ved Udskrivelsen, efter at Patienten ved een eller flere Undersøgelser har vist sig klinisk symptomfri.

Tilbage bliver 40 Tilfælde, hvor man trods kliniske Symptomer og fornøden Infektionsalder finder manglende Komple-

mentbindingsreaktion. I 24 af disse Tilfælde lader Infektionens Varighed sig bestemme; den er gennemsnitlig 79 Dage. —

Vore Undersøgelser tillader følgende Slutninger:

I) Ved akut, ukompliceret Uretritis anterior hos første Gangs inficerede bliver Komplementbindingsreaktionen kun ganske undtagelsesvis positiv før 14 Dage efter Infektionen.

II) Hos første Gangs inficerede Gonorrhoikere med Symptomer paa ukompliceret Uretritis anterior er efter 14. Infektionsdag Komplementbindingsreaktionen positiv i 46 af 96 Tilfælde (47,9 %), i yderligere 10 Tilfælde (10,4 %) er Reaktionen 1; Komplementbindingsreaktionen er 0 i 40 Tilfælde (41,7 %).

III) De højeste Komplementbindingsreaktionsværdier træffes medens Infektionen er ½ til 2½ Maaned gammel. Reaktionens Styrke overstiger kun ganske undtagelsesvis 4. Ved forefundne højere Styrkegrader bør man have Opmærksomheden henvendt paa muligt indtraadte eller indtræffende Komplikationer.

IV) Gonorrhoiske Lymfadeniter kan foraarsage usædvanlig tidligt indtrædende og stærke Komplementbindingsreaktioner.

V) Gonorrhoeens kliniske Varighed er længst for de seropositive Tilfælde, mindre for Tilfælde med Komplementbindingsreaktion 1 og kortest for de konstant 0-reagerende Patienter. Komplementbindingsreaktionen yder altsaa et betydningsfuldt prognostisk Holdepunkt for den gonorrhoiske Infektions kliniske Varighed.

VI) Komplementbindingsreaktionen kan svinde før den gonorrhoiske Proces, men hyppigst overlever den denne en Maanedstid.

Uretritis anterior acuta hos tidligere inficerede Patienter.

93 Patienter, der tidligere havde gennemgaaet een eller flere gonorrhoiske Infektioner, observeredes under en senere, ukompliceret forløbende gonorrhoisk Uretritis anterior.

36 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion:

I 14	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 6	—	—	—	— 3
- 9	—	—	—	— 4
- 2	—	—	—	— 5
- 2	—	—	—	— 6
- 3	—	—	—	— 7

I 7 Tilfælde (19,4 %) oversteg Reaktionen altsaa 4. To af de paagældende Patienter havde ømme gonorrhoiske Adeniter; een udeblev en Maaned paa Grund af »febril Influenza«; en anden unddrog sig Observation i godt to Maaneder.

10 Patienter har kunnet angive Infektionstidspunktet. De tidligst positive Komplementbindingsreaktioner indtraf paa 12., 15. og 17. Infektionsdag; den førstnævnte Patient, der havde positiv Reaktion allerede paa 12. Dag, frembød en øm gonorrhoisk Lymfadenitis (Sygejournal Nr. 91, S. 204—05).

Gonorrhoeens gennemsnitlige kliniske Varighed har for de 5 seropositive Tilfælde, hvor den lader sig kontrollere, været 70 Dage.

Hos 12 Patienter oversteg Komplementbindingsreaktionen ikke 1; 2 af Patienterne er dog først undersøgte, da de var symptomfri; en tredie Patient undersøgtes ved en enkelt Blodprøve inden Infektionens 14. Dag.

45 Patienter gav ingen Komplementbindingsreaktion; 3 af disse undersøgtes inden Sygdommens 14. Dag, 5 først efter de kliniske Symptomers Ophør.

For de 11 seronegative Patienter, hvis Infektioners Varighed lader sig beregne, bliver denne gennemsnitlig 74 Dage.

Indenfor Gruppen Uretritis anterior acuta hos flere Gange inficerede findes altsaa ingen afgørende Forskel i Varigheden af den gonorrhoiske Infektion mellem de seropositive og de seronegative Tilfælde. Dette skyldes maaske dels Tilfældigheder ved det ringe Antal i denne Henseende brugbare Sygehistorier, dels maa eventuelle Forskelligheder i Varighed naturligt blive mindre prægnante, naar Infektionens hele Varighed drejer sig om mindre end 2½ Maaned, end naar Sygdommen varer over 4 Maaneder som ved Uretritis anterior hos første Gangs inficerede.

At Materialet trods dets Lidenhed dog giver et sandt Ind-

tryk af Gonorrhoeens sædvanlige Forløb hos flere Gange inficerede, derpaa tyder de fundne Værdier, ifølge hvilke Middelvarigheden af de gonorrhoiske Reinfektioner er ca. 1½ Maaned kortere end for den første Gonorrhoees Vedkommende. At Gonorrhoeen hos gennem tidligere Infektioner allergiske Patienter har et kortere og sjældnere kompliceret Forløb, er en gammel klinisk Erfaring, der har faaet videnskabelig Basis saavel ved *Jersild*'s og *Zoon*'s tidligere nævnte Opgørelser som ved vore her og paa Side 70 omtalte kliniske Erfaringer. I samme Retning kunde Resultatet af vore serologiske Undersøgelser tyde:

Ved Uretritis anterior acuta hos første Gangs inficerede fandtes i 52,1 % ingen Komplementbindingsreaktion.

Ved Uretritis anterior acuta hos flere Gange inficerede fandtes i 56,1 % ingen Komplementbindingsreaktion.

Forskellen er dog her for ringe til, at man tør tillægge den nogen afgørende Betydning ved Spørgsmaalet om en mulig Væsensforskel i Karakteren af den første og de senere gonorrhoiske Infektioner.

Af disse Undersøgelser fremgaar:

I) Efter 14. Infektionsdag gav tidligere gonorrhoisk inficerede Patienter med Symptomer paa Uretritis gonorrhoica anterior acuta i 36 af 82 Tilfælde positiv Komplementbindingsreaktion — 43,9 %; yderligere 9 Patienter gav Komplementbindingsreaktion 1 — 11,0 %. I 37 Tilfælde var Reaktionen 0 — 45,1 %.

II) Der paavistes ingen sikker Forskel paa Infektionens Varighed i seronegative og seropositive Tilfælde.

III) Iøvrigt viste Komplementbindingsreaktionens Forhold nøje Overensstemmelse med de ved Uretritis anterior acuta hos første Gangs inficerede forefundne.

Uretritis anterior + posterior acuta hos første Gangs inficerede.

Af første Gangs inficerede Mænd med gonorrhoisk Uretritis anterior + posterior acuta rummer Materialet 67.

37 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I	9	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden ikke 2
-	8	- -	—	— 3
-	9	- -	—	— 4
-	5	—	—	— 5
-	3	—	—	— 6
-	1	—	—	— 7
-	2	—	—	— 8

Ogsaa her er flere af de stærkest reagerende Tilfælde ikke »rene« Uretriter:

Sygejournal Nr. 92 (S. 205): Uretritis + Adenitis ingvinalis duplex ..... Kplb. 5

Sygejournal Nr. 93 (S. 205): Uretritis + Ødema præputii ..... Kplb. 8

Sygejournal Nr. 94 (S. 206): Uretritis + Ødema præputii ..... Kplb. 6

Altsaa ogsaa i disse Tilfælde har Medliden af det lymfadenoide System givet Anledning til høje Komplementbindingsværdier.

I Sygejournal Nr. 95 (S. 206) forklares den høje Reaktionsværdi (8) maaske ved den 8 Dage senere konstaterede Epididymitis; muligvis er en indledende Funikelsvulst overset, eller muligvis har *Zoon* Ret, naar han hævder at have konstateret en Stigning i Komplementbindingsreaktionens Styrke nogen Tid inden en Komplikation har manifesteret sig.

I Sygejournal Nr. 96 (S. 207), hvor Komplementbindingsreaktionen er 7, har der været en tvivlsom Prostatit. Overhovedet er sikkert mange af de Gonorrhoetilfælde, der klinisk diagnosticeres som iøvrigt ukomplicerede totale Uretriter forbundne med stedvis dyberegaaende Betændelsesprocesser i det submukøse Væv og de omliggende Kirtler (Glandulæ paruretrales, bulbo-uretrales Cowperi og Prostata). Et saadant begrænset Infiltrat vil det ofte være umuligt at erkende ved Rektaleksploration og den øvrige sædvanlige kliniske Undersøgelse.

En saadan Antagelse finder ogsaa Støtte i Komplementbindingsreaktionens Forhold; denne bliver hyppigere positiv og naar som Helhed en noget højere Styrkegrad end ved den ukomplicerede Uretritis anterior. 30 % af de totale Uretriter gav Reaktion over 4, ved Uretritis anterior kun 8,7 %. At det angrebne Slimhinderør i sidste Tilfælde kun er 14—15 Centimeter

langt, medens det ved en total Uretrit er 4—5 Centimeter længere kan næppe forklare Forskellen i Reaktionshyppighed og -styrke. Ifølge vore øvrige Undersøgelser fremkommer de mere konstante og høje Komplementbindingsværdier netop, naar Betændelsesprocessen fra at være en Overfladelidelse begynder at trænge i Dybden til det submukøse Væv, Kirtler og Lymfekarsystem.

I 2 Tilfælde synes Reaktionen at være bleven positiv allerede i Slutningen af anden Infektionsuge; men sædvanligvis er positiv Komplementbindingsreaktion først konstateret i 3. eller 4. Uge. Een Patient (Sygejournal Nr. 97, S. 207) kunde opgive nøjagtig Dato (og Klokkeslet) for eneste mulige Infektionslejlighed. Reaktionen var positiv paa 16. Dag efter Smitteoverførelsen, hvorimod den manglede paa 10. Dag.

For de 17 Patienter, hvis Sygdom er fulgt fra Begyndelsen indtil de kliniske Symptomers Svind, har Infektionens gennemsnitlige Varighed været 144 Dage. Kun enkelte Patienter er observeret, indtil Komplementbindingsreaktionen er bleven 0 eller 1. Hos 4 Patienter fandt dette dog Sted, endnu inden de kliniske Symptomer var svundne. —

Hos 6 Patienter oversteg Komplementbindingsreaktionen ikke 1; de 4 af disse Undersøgelser har dog først fundet Sted samtidig med eller efter, at Patienten er bleven skrevet rask. —

I 24 Tilfælde fandtes ingen Reaktion; 5 af disse Patienter er kun undersøgt en enkelt Gang, og det indenfor Infektionens første 14 Dage. I 4 Tilfælde er Reaktionen kun foretaget i Tilslutning til Patientens Udskrivning.

9 Patienter er fulgt indtil deres kliniske Helbredelse; denne indtraf efter gennemsnitlig 90 Dages Forløb. I den her omhandlede Patientgruppe genfindes altsaa det fra Uretritis anterior acuta hos første Gang inficerede kendte Forhold, at Gonorrhoeens kliniske Varighed har været størst for de seropositive Tilfældes Vedkommende.

Kort sammenfattet fremgaar af dette Kapitel:

I) Hos første Gangs inficerede Patienter med Symptomer paa gonorrhoisk Uretritis anterior + posterior findes efter 14. Infektionsdag Komplementbindingsreaktionen positiv i 37 af 54 Tilfælde (68,5 %). Reaktionen er 1 i

yderligere 2 Tilfælde (5,4 %); den mangler i 15 Tilfælde (26,1 %).

II) I 30 % af de seropositive Tilfælde overstiger Komplementbindingsreaktionen Styrkegraden 4.

III) Iøvrigt adskiller Reaktionens Forhold sig ikke fra de tidligere fundne hos første Gangs inficerede Patienter med Symptomer alene fra Uretra anterior.

Uretritis anterior + posterior acuta hos tidligere inficerede.

Til denne Kategori henregnes 28 Patienter. 23 gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I 6	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke	2
- 6	—	—	—	—	3
- 2	—	—	—	—	4
- 3	—	—	—	—	5
- 4	—	—	—	—	6
- 1	—	—	—	—	7
- 1	—	—	—	—	12

Hos 9 Patienter (39,1 %) oversteg Reaktionen 4; særlig bemærkelsesværdig er Sygejournal Nr. 98 (S. 208): i Slutningen af Infektionens anden Uge gav denne Patients Serum Komplementbindingsreaktion 12; denne usædvanlig tidlige og stærke Reaktion fandt sin Forklaring i en komplicerende Lymfangitis circularis præputii. To andre af de stærkt reagerende Patienter havde lette Prostataforandringer, der dog ikke var af akut Karakter, og som muligvis maa tilskrives tidligere gonorrhoiske Infektioner.

Kun 5 Tilfælde med kendt Infektionstidspunkt er fulgt indtil Gonorrhoeens kliniske Helbredelse, der gennemsnitlig fandt Sted efter 81 Dage. Ogsaa den totale akute Uretritis synes altsaa at have et hurtigere klinisk Forløb hos tidligere inficerede end hos første Gangs Gonorrhoikere. Tallene er dog smaa; at kun saa faa Patienter er observerede indtil klinisk Symptomfrihed, kan maaske skyldes, at en Del af de under denne Gruppe opførte Patienter rettelig burde betragtes som kroniske Gonorrhoikere med forbigaaende akute Eksacerbationer. Komple-

mentbindingsreaktionens Forhold kunde ogsaa give en Formodning herom, idet Reaktionen i 4 Tilfælde er svunden til Trods for Uretritens fortsatte Bestaaen: som vi tidligere har paavist, svigter Komplementbindingsreaktionen meget ofte ved de kroniske, gonorrhoiske Uretriter, hvorimod den ved de akute Uretriter kun undtagelsesvis svinder, inden de kliniske Symptomers Ophør, naar den først een Gang har været positiv.

I 5 Tilfælde konstateredes Reaktionens Svind i Tilslutning til eller faa Uger efter de kliniske Symptomers Ophør. —

I 4 Tilfælde oversteg Komplementbindingsreaktionen ikke 1; den ene Patient undersøgtes dog først ved Udskrivelsen.

Een Patient gav ingen Reaktion; denne Patient havde under en tidligere med Epididymitis kompliceret Gonorrhoe givet positiv Komplementbindingsreaktion. —

Altsaa, blandt 27 tidligere inficerede Patienter med Symptomer paa Uretritis anterior + posterior acuta er Komplementbindingsreaktionen fundet positiv hos 23 (85,2 %), i yderligere 3 Tilfælde (11,0 %) var Reaktionen 1, i eet Tilfælde (3,7 %) 0. Reaktionen oversteg Styrkegraden 4 i 39,1 % af de seropositive Tilfælde.

Uretritis acuta med peri- og *paruretrale Komplikationer.*

A. Første Gangs inficerede.

9 Patienter undersøgtes ved 30 Blodprøver. Hos 7 Patienter fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv (2 periuretrale Infiltrater, 2 periuretrale Abscesser, 1 Paruretritis, 1 Cowperitis, 1 Fistula gonorrhoica ad anum). Styrkegraden oversteg i 3 Tilfælde 4; dens højeste Værdi var 6.

Patienten med Paruretritis gav Komplementbindingsreaktion 2; Paruretriten spaltedes, hvorefter Reaktionen syv Uger senere var svundet, og Fistlen lægt (Sygejournal Nr. 99, S. 208).

Ved Infiltrationerne synes Komplementbindingsreaktionen derimod at persistere meget længe i Overensstemmelse med Lidelsens vanskeligere Helbredelighed og ofte meget kroniske Karakter (Sygejournal Nr. 100, S. 208—09). —

Een Patient med en lille paruretral Fistel gav Komplement-bindingsreaktion 1, og Reaktionen blev 0, endnu medens Gonokokker var paaviselige i Uretralsekretet. —

Een Patient, der ½ Aar efter en paruretral Absces, fandtes klinisk symptomfri, gav Komplementbindingsreaktion 0.

B. Flere Gange inficerede.

7 Patienter med peri- og paruretrale Infiltrater, Abscesser og Fistler undersøgtes ved 19 Blodprøver. Alle Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion.

4 Patienter fulgtes, indtil Reaktionen blev 0; samtidig var deres kliniske Symptomer svundne, ca. fem Maaneder efter at Gonorrhoeen var diagnosticeret. Særlig stærk Komplementbindingsreaktion (9 — 11 — 10) fandtes hos en Patient med en seks Maaneder gammel Infektion, hos hvilken et udbredt perineo-skrotalt Infiltrat nødvendiggjorde et stort operativt Indgreb (Sygejournal Nr. 101, S. 209—10).

Paa Grund af Materialets Lidenhed og Patienternes saavel klinisk som serologisk meget ensartede Forhold opføres her og i det følgende Konklusionerne for første og flere Gange inficerede Patienter under eet. Ogsaa de i tidligere Kapitler meddelte Erfaringer gør en saadan samlet Vurdering rimelig, idet paafaldende serologiske Forskelligheder heller ikke der har gjort sig gældende.

I) Af 15 Patienter med Symptomer paa akute peri- og paruretrale gonorrhoiske Komplikationer gav 14 (93,3 %) positiv Komplementbindingsreaktion; 1 Patient (6,7 %) gav Reaktionen 1.

II) Reaktionen er set svinde i Tilslutning til Komplikationernes kirurgiske Behandling.

Uretritis acuta kompliceret med Epididymitis.

A. Første Gangs inficerede.

Blandt 44 Patienter fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv hos 36.

I 5	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 8	—	—	—	— 3
- 8	—	—	—	— 4
- 9	—	—	—	— 5
- 4	—	—	—	— 6
- 2	—	—	—	— 8

I 43,6 % af Tilfældene oversteg Reaktionsstyrken altsaa 4. En af de særlig stærkt reagerende (Kplb. 8) Patienter havde en dobbeltsidig Epididymitis; hos en anden fandtes en hæftig Funikelinflammation med høj Feber. Næsten alle de høje Styrkegrader fandtes i Infektionens 1.—3. Maaned; efter 3. Maaned træffes kun to Gange Komplementbindingsreaktion > 4.

Den tidligst konstaterede positive Reaktion fandtes hos en 20-aarig Patient (Sygejournal Nr. 102, S. 210); han inficeredes 24. Jan. 1928; allerede 30. Jan. havde han Epididymitis dextra og 1. Febr. — paa Infektionens 9. Dag — Komplementbindingsreaktion 5.

7 Tilfælde med kendt Infektionstidspunkt er fulgt indtil Komplementbindingsreaktionen atter blev 0; hertil medgik gennemsnitlig 4½ Maaned. En Sammenligning med Epididymitens kliniske Varighed lader sig vanskelig anstille; thi hvornaar kan Epididymiten betragtes som afsluttet? Fordres hertil blot Feberens Ophør og Ømhedens Forsvinden? Eller skal ogsaa Svulsten være paa Retur eller svunden? Den akute Epididymitis gaar jævnt over i dens Følgetilstand: det gennem Maaneder og Aar persisterende faste Infiltrat. Af Sygehistorierne fremgaar det, at Komplementbindingsreaktionen som Regel er svundet samtidig med Epididymitens Ømhed, tidligst efter 2¼ Maaned. I eet Tilfælde (Sygejournal Nr. 103, S. 210—11), hvor Reaktionen endnu fem Maaneder efter den akute Epididymitis' tilsyneladende Forsvinden — i Infektionens 10. Maaned — var positiv, fandtes stadigt Gonokokker i Udflod samt en begyndende Strikturdannelse. —

Hos een Patient fandtes Komplementbindingsreaktionen ikke over 1 til Trods for stadigt positivt Gonokokfund (i Infektionens 6. Maaned). Hos en anden Patient fandtes Reaktionen 1 paa Epididymitens 12. Dag. —

I 6 Tilfælde var Komplementbindingsreaktionen 0. Hos 4 af

disse Patienter er Serumundersøgelsen dog først foretaget ved Raskskrivelsen. Hos 2 Patienter var Reaktionen 0, henholdsvis paa Epididymitens første Dag og efter en Maanedes Bestaaen. —

B. Flere Gange inficerede.

Af 18 Patienter gav 16 positiv Komplementbindingsreaktion.

I 3	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 5	—	—	—	— 3
- 1	—	—	—	— 4
- 2	—	—	—	— 5
- 2	—	—	—	— 6
- 2	—	—	—	— 7
- 1	—	—	—	— 9

Reaktioner over Styrkegraden 4 fandtes altsaa i 43,8 %, og kun i Infektionens første tre Maaneder. Af disse 7 Tilfælde var de 4 ledsagede af Symptomer paa Prostatitis; derimod er Prostatitis ikke paavist hos de svagt reagerende Patienter. (Reglen »e fortiori fiat denominatio« har været ledende ved Afgørelsen af, om Patienter, der samtidig havde Epididymitis og Prostatitis skulde henføres til den ene eller den anden Patientgruppe) .

5 seropositive Tilfælde fulgtes indtil Komplementbindingsreaktionen blev 0 eller 1; dette skete tidligst 3 Maaneder efter Infektionen, senest efter 8 Maaneder, gennemsnitlig efter $4^1/_7$ Maaned. —

Een Patient gav Reaktionen 1 tre Maaneder efter, at Epididymiten formentes svunden; hos en anden Patient fandtes Reaktionen 0 allerede 10 Dage efter, at Epididymiten ansaas for afløben.

Resultaterne lader sig sammenfatte saaledes:

I. Der paavistes ingen fremtrædende Forskel i Komplementbindingsreaktionens Forhold ved Epididymitis hos første Gangs og flere Gange inficerede Gonorrhoikere.

II. Reaktionen fandtes positiv hos 52 af 56 Patienter (93,0 %) med Symptomer paa akut gonorrhoisk Epididymitis. Reaktionen var 1 i yderligere 2 Tilfælde (3.5 %), 0 i 2 andre Tilfælde (3,5 %).

III. Ved med akut Epididymitis kompliceret gonorrhoisk Uretritis er Komplementbindingsreaktionen set positiv allerede paa Infektionens 9. Dag.

IV. Reaktionen overstiger 4 i 42,3 % af de seropositive Tilfælde; disse høje Værdier træffes i Infektionens 1. til 3. Maaned.

Uretritis acuta kompliceret med Prostatitis.)*

A. Første Gangs inficerede.

Komplementbindingsreaktionen var positiv hos 29 af 35 Patienter.

I 5	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 1	—	—	—	— 3
- 5	—	—	—	— 4
- 3	—	—	—	— 5
- 5	—	—	—	— 6
- 2	—	—	—	— 7
- 2	—	—	—	— 8
- 4	—	—	—	— 9
- 1	—	—	—	— 11
- 1	—	—	—	— 12

I 62,1 % af de seropositive Tilfælde oversteg Styrkegraden 4. Disse høje Reaktionsværdier var ikke begrænsede alene til Infektionens første Maaneder som ved Epididymitisgruppen, men kunde findes endnu i 12. Infektionsmaaned. Paa den anden Side træffes stærke Reaktioner ogsaa meget tidligt i Sygdommen, og ejendommelige er her de ofte meget bratte Overgange fra manglende til stærkt positiv Reaktion:

I Sygejournal Nr. 104 (S. 211) var Kplb. paa 8. Infektionsdag 0, paa 22. Infektionsdag 8.

---

*) At opstille Prostatiterne og Vesikuliterne i to adskilte Grupper — som det kunde være ønskeligt — har vist sig uigennemførligt paa Grund af de forskellige Undersøgeres varierende Opfattelse af Eksplorationsfundet. At adskille en til Vesicula seminalis lokaliseret Lidelse fra en Prostatalidelse kan selv for den meget øvede være vanskeligt, ja umuligt; hyppigt er de to Lidelser kombinerede.

I Sygejournal Nr. 105 (S. 210—11) var Kplb. paa ca. 7. Infektionsdag 0, paa ca. 14. Infektionsdag 11.

En Patient (Sygejournal Nr. 106, S. 212—13) undersøgtes i en Maaned med næsten daglige Blodprøver; Reaktionen blev positiv paa 20. Dag og holdt sig derefter stadig positiv med Værdier fra 2 til 5. Det bør bemærkes, at Tilfældet kompliceredes med en febril Angina i Gonorrhoeens første Dage.

5 af Patienterne havde samtidig Epididymitis; 4 af disse gav Reaktioner $>$ 4, den ene Patient 12.

Kun 2 Patienter blev fulgt, indtil Reaktionen blev 0 — efter henholdsvis ca. 4 og 5 Maaneder. Iøvrigt viser Komplementbindingsreaktionen ved den akute Prostatitis en i Sammenligning med Forholdene ved de tidligere nævnte Komplikationer meget langvarig Permanens. Dette falder godt i Traad med vore Erfaringer ved de kroniske Gonorrhoeer; her var det hyppigst Prostata, der fandtes som Sæde for den stadig tilstedeværende Infektion og som Aarsag til den stadigt positive Komplementbindingsreaktion. Den akute Prostatitis fortsætter sig klinisk umærkeligt i den kroniske; hverken ved Eksplorationsfund eller Sekretundersøgelser kan en nogenlunde skarp Grænse drages. Endnu vanskeligere er Afgørelsen af Prostatitens fortsatte eller ophørte Infektiøsitet. I tidligere Kapitler er paavist Komplementbindingsreaktionens sædvanlige Forsvinden faa Uger efter de gonorrhoiske Symptomers Ophør, uanset om Infektionen var afløben under vor sædvanlige Injektionsbehandling, eller det drejede sig om for Terapi lettere tilgængelige Komplikationer, der eventuelt var angrebet ad operativ Vej, og Fokus herigennem fjernet. Naar man da ved Prostatiten, hvor Fokus ikke lader sig virkelig effektivt behandle, men hvor man i alt væsentligt er henvist til at afvente Sygdommens spontane, ofte meget ringe Helbredelsestendens, finder, at Komplementbindingsreaktionen paa usædvanlig Vis holder sig positiv gennem Maaneder og Aar, forekommer det mig berettiget at anse dette som et Tegn paa Prostatitens fortsatte Aktivitet og Infektiøsitet. De under den kroniske Prostatitis meddelte Resultater med disses godt overensstemmende serologiske og bakteriologiske Forhold støtter dette Syn paa Komplementbindingsreaktionens Rolle ogsaa ved den indledende akute Prostatitis. Prostatitens klinisk hævdvundne Ry som et gennem Maaneder og Aar virksomt

Smittefokus — selv naar alle subjektive og alle akute objektive Symptomer er svundne — har gennem disse Undersøgelser faaet serologisk Bekræftelse. —

I 5 Tilfælde oversteg Reaktionen ikke 1. De 3 Patienter er først serologisk undersøgt samtidig med eller to til fire Maaneder efter at Prostatiten var anset for svunden. Hos en Patient fandtes Reaktionen 1, samme Dag Prostatiten konstateredes. En anden Patient viste under Prostatitens hele Forløb ved gentagne Undersøgelser Komplementbindingsreaktion 1 eller 0. —

I 1 Tilfælde konstateredes Reaktionen 0 ved en enkelt Undersøgelse samtidig med Udskrivelsen, ca. 1½ Maaned efter Prostatitens formentlige Ophør.

B. Flere Gange inficerede.

Alle 15 undersøgte Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I 2	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 3
- 3	—	—	—	— 4
- 5	—	—	—	— 5
- 4	—	—	—	— 6
- 1	—	—	—	— 7

10 af Patienterne (66,7 %) gav Reaktioner $>$ 4; alle disse stærke Reaktioner fandtes i Infektionens første fire Maaneder. Opføres Resultaterne i et grafisk System, ses det (Fig. 2), at samtlige Kurver har et næsten parallelt nedadstigende Forløb fra Infektionens tredie Maaned.

En af Prostatikerne, der nu gav Komplementbindingsreaktion af Styrkegrad 2, 4 og 5, havde under sin første gonorrhoiske Infektion, der forløb som en ukompliceret Uretritis anterior, ½ Aar tidligere, tre Gange givet Reaktion 0. Ogsaa de første Dage af Reinfektionen var Reaktionen 0 (Sygejournal Nr. 107, S. 213—14).

I 1 Tilfælde fulgtes Komplementbindingsreaktionen, indtil den i 9. Maaned blev 0.

4 af Prostatiterne var ledsaget af Epididymitis; 3 af disse Patienter gav Komplementbindingsreaktion $>$ 4. —

Angaaende Komplementbindingsreaktionens Forhold under den akute gonorrhoiske Prostatitis fremhæves følgende gjorte Iagttagelser:

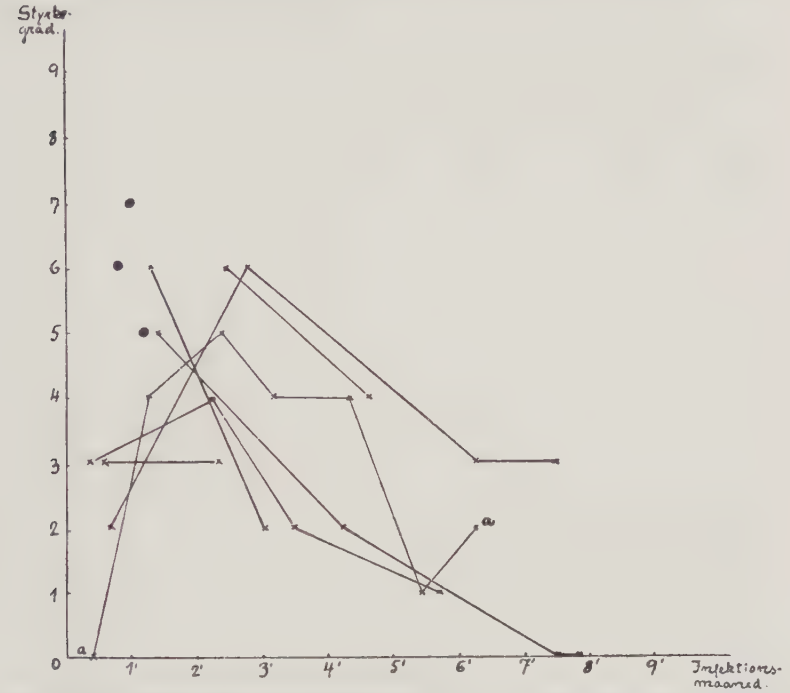

Fig. 2. Komplementbindingsreaktionerne for de tidligere inficerede Gonorrhoepatienter med Prostatitis, hvis Infektionstidspunkt er oplyst. Naar Patienten kun er undersøgt ved en enkelt Blodprøve, er dennes Resultat mærket •. Er Patienten undersøgt ved gentagne Blodprøver, er disses Resultater mærket ×.
Kurven mærket a—a hidrører fra Sygejournal Nr. 107.

I. Reaktionen fandtes positiv hos 44 af 46 (95,7 %) Patienter med Symptomer paa akut gonorrhoisk Prostatitis; i 2 Tilfælde fandtes Reaktionen 1 (4,3 %).

II. I 63,6 % af de seropositive Tilfælde fandtes Komplementbindingsreaktion > 4.

III. Reaktionen kan i Løbet af een Uge i Infektionens første Maaned slaa om fra 0 til stærkt positiv.

IV. Reaktionen er kun undtagelsesvis set svinde efter 4½—9 Maaneders Forløb; som Regel holder den sig positiv i længere Tid end det sædvanligvis er set ved de tidligere omtalte Komplikationer.

Artroitis gonorrhoica.

A. Første Gang inficerede.

13 Patienter undersøgtes (5 Mænd og 8 Kvinder). Alle gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I 1	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 2	—	—	—	— 3
- 1	—	—	—	— 4
- 3	—	—	—	— 5
- 5	—	—	—	— 6
- 3	—	—	—	— 7
- 1	—	—	—	— 8
- 1	—	—	—	— 9

I 9 Tilfælde (69,2 %), deriblandt samtlige Polyartroiter, oversteg Reaktionen, altsaa 4; disse høje Værdier træffes endnu i 6. Infektionsmaaned.

I Sygejournal Nr. 108 (S. 214—15) viste Komplementbindingsreaktionen sig positiv (2) i tredie Uge. Infektionen var da lokaliseret til Uretra og Cervix uteri. I de følgende Uger steg Styrkegraden gradvis indtil 7 (i ca. 10. Uge); først da var Artroiterne paaviselige ved Smerter og Hævelse i talrige Led. Atter her synes en jævnt stigende Reaktionsværdi at kunne varsle om senere indtrædende Komplikationer (sml. »Epididymitis«). Dette overraskende Forhold lader sig ved saadanne metastatiske Komplikationer naturligt forklare ved, at den gonorrhoiske Proces nødvendigvis i nogen Tid maa have været subepitelial, muligt submukøs, før Gonokokkernes Indtrængen i Blodbanen har kunnet finde Sted; men alene denne lokale Betændelsesproces i Bindevævet og dets perivaskulære Lymferum er som tidligere bevist i Stand til at foranledige høje Reaktionsværdier.

Hos den just omtalte Patient forsøgtes intramuskulære Injektioner af en 1 % Svovlolie som en Form af »uspecifik Feberterapi«; herunder svandt Ledtilfældene i Løbet af godt een Maaned; efter yderligere tre Maaneders Forløb var Reaktionen 0.

Naar Artroiten »helbredes« med Ankylosedannelse, svinder Komplementbindingsreaktionen (Sygejournal Nr. 109, S. 215—17).

4 af Patienterne — alle kvindelige, hos hvem Artroiternes Ætiologi hyppigst miskendes — havde indtil Komplementbin-

dingsreaktionen viste sig positiv, af deres Læger været anset for og behandlet som lidende af Febris reumatica. Hvor skæbnesvanger denne Fejltagelse er, viser Resultatet: 2 af Patienterne undgik ikke Ankylosedannelser. Aarsagen hertil maa søges i, at man har forsømt den rettidige, d. v. s. fra Ledlidelsernes første Dag indledte Mobilisationsterapi, saaledes som denne er bleven indført og forfægtet af *Rasch; Rasch* kunde i 1916 meddele Resultaterne af 216 paa denne Maade behandlede gonorrhoiske Artroiter, alle observerede paa Universitetets Klinik for Hud- og Kønssygdomme; kun een af disse Patienter fik en under Behandlingen forbigaaende Ankylose.

Sikkert behandles til Stadighed mange, i Særdeleshed kvindelige, gonorrhoiske Artroitis-Patienter under forkert Diagnose som Gigtfeberpatienter. Medicinernes jævnlige Klage over, at Salicylsyre saa ofte ikke viser den forventede specifike Virkning overfor saakaldte Febris-reumatica-Patienter, kunde tyde i denne Retning.

Paa dette Omraade vil Komplementbindingsreaktionen vise sig at være til overordentlig diagnostisk Hjælp. Dels vil den behandlende Læge i mange Situationer føle sig fristet til at afstaa fra en Genitalundersøgelse, der i de fleste Tilfælde vil komme Patienten overraskende, og hvis Nødvendighed Patienten kun sjældent vil kunne indse. Dels vil Gonokokkerne maaske først være paaviselige efter en Række mikroskopiske Undersøgelser af Genitalsekreterne. Her yder den positive Komplementbindingsreaktion en let og diskret Genvej til den ætiologiske Diagnose og dermed til den eneste effektive Behandling: den tidligst muligt instituerede Mobilisation i Forbindelse med Varmeapplikation, Salicylindgift og Massage.*)

---

*) Da Antallet af de gonorrhoiske Artroitis-Patienter, jeg har undersøgt er ret begrænset, vilde jeg gerne have Lejlighed til at kontrollere de paa en almindelig medicinsk Afdeling indlagte Artroitis-Patienter med Henblik paa den Mulighed, at mange Artroitis-Patienters gonorrhoiske Infektioner ikke erkendes og af den Grund unddrages Specialafdelingerne.

Paa Bispebjerg Hospitals Afdeling C indførtes Komplementbindingsreaktionen meget tidligt som diagnostisk Hjælpemiddel overfor Artroiter af tvivlsom Ætiologi. Med Overlæge, Dr. med. *Knud Secher*'s velvillige Tilladelse, for hvilken jeg her takker, har jeg gennemgaaet Afdelingens Journaler. Det viste sig, at af de Patienter, der i det sidste

B. Flere Gange inficerede.

4 mandlige Patienter gav alle positiv Komplementbindingsreaktion (Styrkegrad 2 — 3 — 5 — 6). De to stærkest reagerende Patienter havde multiple Artroiter, de to andre havde Monartroiter.

Materialet tillader følgende Slutninger:

I. Komplementbindingsreaktionen har vist sig positiv i 100 % hos Patienter med Symptomer paa akut gonorrhoisk Artroitis.

II. I 11 af 17 Tilfælde (64,7 %) oversteg Styrkegraden 4. Alle de polyartikulære Former gav Komplementbindingsreaktion > 4.

III. Komplementbindingsreaktionen har vist sig som et værdifuldt Hjælpemiddel til Afgørelsen af Ledbetændelsers ætiologiske Natur.

¾ Aar (November 1928—August 1929) indlagdes paa Afdelingen under Diagnosen Febris reumatica, akut eller kronisk Artroitis fandtes 20 at være af gonorrhoisk Oprindelse. Komplementbindingsreaktionen var i

1	Tilfælde	1
5	—	2
1	—	3
5	—	4
1	—	5
2	—	6
1	—	7
1	—	8
1	—	9
2	—	11

I 8 Tilfælde verificeredes endvidere Diagnosen ved Paavisning af Gonokokker i Genitalsekreterne; 2 andre af Patienterne oplyste tidligere at have haft gonorrhoiske Infektioner. —

Af Interesse er yderligere følgende Tilfælde (103/12 28): En Kvinde indlagdes paa Afdelingen for Ischias duplex. Komplementbindingsreaktionen var 6. Som Aarsag til Patientens Neuralgier paavistes en gonorrhoisk Endometrit med dobbelsidig Salpingit.

REAKTIONENS FORHOLD VED KVINDE-GONORRHOEEN

Hos Kvinder er det endnu vanskeligere end hos Mænd at skelne mellem Gonorrhoea antea og Gonorrhoea chronica, idet det kliniske Fund ofte kan forklares enten som Residuer efter en tidligere afløben Gonorrhoe eller som Symptomer paa en endnu tilstedeværende gonorrhoisk Infektion. Udfaldet af Gonokokundersøgelserne af Sekreterne danner det — naar Resultatet var negativt — spinkle og usikre Kriterium, der afgør en Bestemmelse i den ene eller den anden Retning. Det skal nu undersøges, om Komplementbindingsreaktionen vil kunne give Diagnostikeren fastere Grund under Fødderne.

Endnu vanskeligere er ofte Afgørelsen af, om en forefunden gonorrhoisk Infektion er et Udtryk for en tidligere Infektions Nyopblussen eller maa opfattes som en gonorrhoisk Re- eller Superinfektion. Atter her vil Komplementbindingsreaktionen muligvis kunne vise sig nyttig, idet jeg som tidligere berørt kun undtagelsesvis har set en positiv Komplementbindingsreaktion indfinde sig før 14. Dag efter Infektionstidspunktet. Hvis man derfor ved en Infektion, der angives at være faa Dage gammel, træffer en positiv Komplementbindingsreaktion, vil dette tyde i anden Retning.

I det foreliggende Arbejde har jeg af tidligere anførte Grunde, og idet Komplementbindingsreaktionens Udfald ikke her tør bruges som medbestemmende for Infektionens Alder, set bort fra Inddelingen af Patienterne i første Gangs og flere Gange inficerede, og har været nødt til kun at inddele i følgende Grupper efter Infektionens Sæde:

I. Uretriter.
II. Endometriter.
III. Uretriter + Endometriter.
IV. Bartholiniter.
V. Adnekslidelser.
VI. Andetsteds konstateret gonorrhoisk Infektion af ukendt Lokalisation.
VII. Artroiter (omtalt ovenfor).

Diagnosen Gonorrhoe er altid baseret paa eet eller flere positive Gonokokfund, verificeret i gramfarvet Præparat; i intet Tilfælde har alene det kliniske, for Gonorrhoe talende Fund været afgørende for Diagnosen.

Kun i ganske enkelte Tilfælde har jeg heftet mig ved Infektionstidspunktet og anset dette for oplyst, for Eksempel naar det af Patienten bestemt hævdes at falde sammen med hendes kort i Forvejen stedfunde Defloration, og dette sandsynliggøres ved den kliniske Undersøgelse.

Den gonorrhoiske Kvinde-uretritis.

Hos 60 Patienter lykkedes det kun at paavise Gonokokker i Uretralsekretet (eller i Paruretralsekretet). 31 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I	9	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
-	10	—	—	—	— 3
-	8	—	—	—	— 4
-	3	—	—	—	— 5
-	1	—	—	—	— 6

4 Patienter (13,5 %) gav altsaa Komplementbindingsreaktion $>$ 4; hos 2 af disse Patienter fandtes en komplicerende Paruretritis; den ene Patient havde desuden Aaret forud været behandlet for en saakaldet »Gigtfeber«; den gonorrhoiske Infektion, der muligvis var af gammel Dato (man fandt kun Gonokokker ved en enkelt af de 13 mikroskopiske Sekretundersøgelser) opdagedes ret tilfældigt, da hun havde smittet sin Mand (Sygejournal Nr. 110, S. 217—18).

Sygejournal Nr. 111 (S. 218) viser den diagnostiske Betydning af en positiv Komplementbindingsreaktion, der holder sig ufor-

andret 1 Aar efter Patientens tilsyneladende kliniske Helbredelse: hun beskyldes da for Smitte med Gonorrhoe; den positive serologiske Undersøgelse sammenholdt med den paastaaede positive »biologiske Prøve« — det smittende Coitus — maa formentlig anses for afgørende i bekræftende Retning til Trods for den nu negative Mikroskopi.

I 8 Tilfælde efterfulgtes den positive Komplementbindingsreaktion af en 0-Reaktion een Maaned til højst eet Aar efter Sygdommens Konstatering. —

Hos 13 Patienter oversteg Komplementbindingsreaktionen ikke 1; hos ingen af disse syntes Infektionen over tre Aar gammel.

16 Patienter gav ingen Komplementbindingsreaktion. I et Tilfælde ligger Infektionen otte Aar tilbage i Tiden; Resten synes at være af ret ny Dato, ingen over tre Aar gamle.

Résumé: I. Af 59 Patienter med gonorrhoisk Uretritis gav 31 (52,5 %) positiv Komplementbindingsreaktion; hos yderligere 13 Patienter (22,0 %) fandtes Komplementbindingsreaktion 1. Reaktionen var 0 i 15 Tilfælde (25,5 %).

II. Kun undtagelsesvis træffes Komplementbindingsreaktionen > 4.

III. De serologiske Forhold er saaledes nøje i Overensstemmelse med de for den akute, mandlige, gonorrhoiske Uretritis gældende.*)

Den gonorrhoiske Endometritis.

Hos 11 Patienter paavistes Gonokokker alene i Cervikalsekretet. 7 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion. I

*) Det ses, at saavel Procentantallet af positive Komplementbindingsreaktioner som disses Fordeling indenfor Styrkegraderne, nøje svarer til de Værdier, der fandtes ved den akute, ukomplicerede Uretritis anterior hos Mænd, til Trods for, at det angrebne Slimhinderørs Længde i det første Tilfælde kun er 3,5 Centimeter, i det sidste 14—15 Centimeter. Dette støtter min tidligere nævnte Opfattelse af Komplementbindingsreaktionens Afhængighed, ikke af Infektionens større eller mindre Udbredning efter Fladen, men af dens mere eller mindre Dybtgaaen i Vævene.

3 Tilfælde var Reaktionens positive Udfald Anledningen til den med positivt Resultat anstillede Gonokokundersøgelse.

I 2	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 2	—	—	—	— 3
- 2	—	—	—	— 4
- 1	—	—	—	— 6

Infektionerne vides i intet Tilfælde at være over to Aar gamle.

Hos 3 af Patienterne paavistes Erosioner paa Portio vaginalis.

Hos 3 af Patienterne blev Reaktionen efter faa Ugers eller Maaneders Behandling 0. —

2 Patienter gav Komplementbindingsreaktion 1; den ene af disse havde været symptomfri i 10 Maaneder. —

Hos 2 Patienter vedblev Reaktionen at være 0 trods purulent Udflod fra Cerviks og Erosioner paa Portio vaginalis.

Résumé I. Af 10 Patienter med Symptomer alene paa gonorrhoisk Endometritis gav 7 (70 %) positiv Komplementbindingsreaktion, 1 (10 %) gav Reaktion 1; hos 2 (20 %) holdt Reaktionen 0 sig under hele Forløbet.

II. Tilstedeværelsen af Erosioner paa Portio vaginalis synes — i Overensstemmelse med Processens »Overfladenatur« — ikke at spille nogen Rolle for den positive Komplementbindingsreaktions Indtræden.

Den gonorrhoiske Uretritis + Endometritis.

Hos 87 Patienter fandtes Gonokokker baade fra Uretra og Cerviks. 46 Patienter gav positiv Komplementbindingsreaktion. I 6 Tilfælde verificeredes den positive Reaktion først senere, efter gentagne mikroskopiske Sekretundersøgelser.

I 10	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 13	—	—	—	— 3
- 9	—	—	—	— 4
- 6	—	—	—	— 5
- 3	—	—	—	— 6

I	2	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden ikke 7
-	1	—	—	— 9
-	1	—	—	— 10
-	1	—	var	— > 10

I 30,4 % af de seropositive Tilfælde oversteg Styrkegraden altsaa 4. Det stærkest reagerende Tilfælde (Sygejournal Nr. 112, S. 218) var kompliceret med en øm Adenitis ingvinalis. Ogsaa i Sygejournal Nr. 113 (S. 219) omtales en gonorrhoisk Adenitis; Styrkegraden var endnu nogle Maaneder senere 5. Styrkegraden 10 fandtes hos en Patient (Sygejournal Nr. 114, S. 219—20), der i Maaneder unddrog sig Behandling, og som i den Tid havde haft Symptomer paa Proktitis. Muligvis er den stærke Reaktion i Sygejournal Nr. 115 (S. 220—21) foraarsaget af en ledsagende gonorrhoisk Endokarditis. I Sygejournal Nr. 116 (S. 221—22) synes Komplementbindingsreaktionen at være tiltaget i Styrke i Tilslutning til en Fødsel. To Gange fandtes Paruretritis hos stærkt reagerende Patienter.

Foruden disse forskellige Komplikationer synes den relativt ringe Infektionsalder at maatte gøres ansvarlig for de stærke Komplementbindingsreaktionsværdier. Af Tilfældene med Reaktioner > 4 synes intet at være af højere Infektionsalder end 13 Maaneder, hvorimod Infektionen hos de lavere reagerende Patienter gennemgaaende er af ældre Dato, indtil fire Aar.

I 21 Tilfælde er Patienten fulgt, indtil Komplementbindingsreaktionen atter blev 0; i 3 Tilfælde indtraf dette Omslag, til Trods for at Mikroskopien stadig viste Tilstedeværelsen af Gonokokker i Sekreterne (naturligvis lader stedfundne Reinfektioner sig dog ikke udelukke hos disse poliklinisk behandlede Patienter).

Materialet rummer Eksempler paa, at selv en meget stærk Komplementbindingsreaktion i Løbet af et halvt Aars Tid kan svinde (Sygejournal Nr. 115). —

16 Patienter gav ikke over Reaktionen 1.

2 af disse havde været symptomfrie over eet Aar. De øvrige Tilfælde syntes af nyere Dato og havde endnu Gonokokker i Sekreterne paa Tidspunktet for den serologiske Undersøgelse.

25 Patienter gav ingen Reaktion. 3 af disse var raskmeldt for over eet Aar siden. Hos 6 af Patienterne er bemærket Tilstedeværelsen af Erosioner paa Portio vaginalis.

Résumé: I. Af 82 Patienter, der i Løbet af det sidste Aar før Blodundersøgelsen havde frembudt Symptomer paa gonorrhoisk Uretrit og Endometrit, gav 46 (56,1 %) positiv Komplementbindingsreaktion. 14 (15,9 %) gav Reaktionen 1, 22 (28 %) gav Reaktionen 0.

II. 30,4 % af de seropositive Tilfælde gav Komplementbindingsreaktionen > 4. Styrkegraden var højest for Infektioner af nyere Dato; den syntes at aftage med Infektionens stigende Alder.

III. Sammenlignet med Forholdene ved den ukomplicerede Kvindeuretrit var Procentantallet af seropositive Tilfælde omtrent det samme. Højere Styrkegrader findes noget hyppigere ved Infektioner, der samtidig angriber baade Uretra og Cerviks.

Bartholinitis hos Gonorrhoepatienter.

25 Patienter med Bartholinitis, hos hvilke Gonokokker er paaviste enten i Sekretet fra Glandula Bartholini, Uretra eller Cerviks, eller i flere af disse Sekreter, undersøgtes; hos 21 fandtes Komplementbindingsreaktionen positiv.

I 5	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 5	—	—	—	— 3
- 3	—	—	—	— 4
- 4	—	—	—	— 5
- 3	—	—	—	— 6
- 1	—	—	—	— 7

I 38,1 % oversteg Reaktionen 4. De fleste af disse 8 Patienter frembød Symptomer paa en yderligere kompliceret Infektion: 2 havde Symptomer paa Proktitis; hos den ene fandtes Gonokokker fra Rektum (Sygejournal Nr. 117, S. 222). Hos 2 Patienter var Bartholiniten perforeret med Fisteldannelse. 1 havde Elytritis, en anden en noget tvivlsom Salpingitis (Sygejournal Nr. 118, S. 222—23).

9 af Patienterne gav senere ingen Komplementbindingsreaktion; hos 2 af disse var Gonokokkerne endnu ikke svundne i Sekreterne, da det serologiske Omslag havde fundet Sted.

3 af Patienterne havde været inficeret med Gonorrhoe allerede for henholdsvis 3, 4 og 17 Aar siden; iøvrigt syntes Infektionerne ikke over eet Aar gamle. —

2 Patienter, der havde haft Gonorrhoe og Bartholinitis for 1 og 8 Aar siden gav Reaktionen 1. —

I 2 Tilfælde var Reaktionen 0. Den ene Patient havde været symptomløs i 2 Aar. Den anden gav ingen Komplementbindingsreaktion ved 11 Undersøgelser til Trods for positivt Gonokokfund fra Bartholinitis, Paruretritis, Uretritis og Endometritis.

Resumé: Af 22 Patienter med Gonorrhoe med Symptomer paa Bartholinitis gav 21 (95,5 %) positiv Komplementbindingsreaktion; 1 (4,5 %) gav ingen Reaktion.

Adnekslidelser hos gonorrhoisk inficerede Kvinder.

Der undersøgtes 101 Patienter med erkendt gonorrhoisk Infektion og Betændelsesprocesser i Adneksa. Hos 84 af disse var Komplementbindingsreaktionen positiv. I 10 Tilfælde var den positive Komplementbindingsreaktion det første Symptom, der antydede Lidelsens gonorrhoiske Natur; først senere paavistes Gonokokkerne i Genitalsekreterne.

I 12	Tilfælde	oversteg	Styrkegraden	ikke 2
- 15	—	—	—	— 3
- 20	—	—	—	— 4
- 6	—	—	—	— 5
- 13	—	—	—	— 6
- 7	—	—	—	— 7
- 5	—	—	—	— 8
- 2	—	—	—	— 9
- 3	—	—	—	— 10
- 1	—	—	—	— 12

44,0 % af de seropositive Tilfælde gav altsaa Reaktioner større end 4. Af særlig Interesse er Sygejournal Nr. 119, S. 223. Patienten, der nogle Maaneder i Forvejen havde gaaet til Behandling for Gonorrhoe paa en kommunal Klinik, henvendte sig 6. Marts 1928 paa Universitetets dermatologiske Poliklinik

paa Rigshospitalet. Hun klagede da over Træthed og Hjertebanken. Der var intet Udflod, ingen Gonokokker i Uretral- eller Cervikalsekret. Da Tp. var 38 °, *Sahli* 52 % (korrigeret), og der ved Stetoskopien fandtes Tegn paa Morbus cordis, indlagdes Patienten paa kommunalt Hospital. Jeg fik dog Lejlighed til først at tage Blod til Komplementbindingsundersøgelse; ved denne, der foretoges faa Dage senere, fandtes Reaktionen 10. Endnu inden dette Resultat var meddelt Hospitalet, fik jeg Underretning om, at Patienten var død af Endokarditis septica (gonorrhoica). Ved Sektionen fandtes: Endokarditis polyposa valvulæ mitralis, Perikarditis, Salpingitis purulenta duplex. Tilfældet viser den diagnostiske Hjælp, Komplementbindingsreaktionen vil kunne yde ved septiske Tilstande af kryptogen Natur.

10 af Patienterne var paa et eller andet Tidspunkt bleven salpingektomeret paa Grund af Adnekslidelserne. For 5 Patienters Vedkommende laa Salpingektomien flere (2 — 2 — 3 — 7 17) Aar tilbage. Hos disse fandtes endnu Gonokokker i Sekreterne, og Komplementbindingsreaktionen var positiv (2 til 6). 4 Patienter er undersøgt serologisk gentagne Gange i Maanederne umiddelbart efter Salpingektomien; de viser alle faldende Reaktionsværdier:

Kplb. faldt i Sygejournal Nr. 120 (S. 224) fra 8 til 5 i Løbet af 11 Maaneder efter Salpingektomien.
— — - — Nr. 121 (S. 224—25) fra 6 til 1 i Løbet af 10 Maaneder efter Salpingektomien.
— — - — Nr. 122 (S. 225) fra 2 til 0 i Løbet af 4 Maaneder efter Salpingektomien.
— — - — Nr. 123 (S. 226) fra 2 til 0 i Løbet af 1 Maaned efter Salpingektomien.

Den sidstnævnte Patient var en 16-aarig Pige, der som 6-aarig havde haft Vulvitis gonorrhoica, og som ikke frembød Tegn paa ny gonorrhoisk Infektion. Ved Operationen fandtes en højresidig-Hydro-Pyosalpinx; Gonokokker paavistes ikke.

Een Patient (Sygejournal Nr. 124, S. 226) undersøgtes med Komplementbindingsreaktion saavel før som efter Salpingektomien. I de sidste fem Maaneder før Laparatomien var Komple-

mentbindingsreaktionen 6 — 6 — 5 — 7; et halvt Aar senere fandtes Reaktionen 3.

Salpingektomien har altsaa i samtlige observerede Tilfælde været efterfulgt af en Nedgang i Komplementbindingsreaktionens Styrkegrad, i 2 Tilfælde af dens fuldstændige Forsvinden. At en med Betændelseseksudat fyldt Salpinx kan give Anledning til stærk Antistofproduktion, d. v. s. høje Komplementbindingsreaktionsværdier, er paa Forhaand sandsynligt. At Seroreaktionen efter Salpingektomien bliver mindre stærk eller helt forsvinder, var derfor venteligt.

Om de stadigt positive Gonokokfund og Komplementbindingsreaktioner hos nogle Patienter, der for Aar tilbage har været underkastede Salpingektomi, maa tilskrives tilbageblevne Infektionsfoki, eller om de skyldes Reinfektioner, lader sig naturligvis ikke afgøre med absolut Sikkerhed under de givne Forhold, hvor Patienterne undertiden i Aarevis har været uden Observation. Der er dog intet urimeligt i at antage, at Størsteparten af de efter Operationen i Sekreterne fundne Gonokokker stammer fra gamle Infektionsfoki i de tilbageblevne Genitalia interna; som Regel har Salpingektomien kun været enkeltsidig.

Det har ikke været muligt at spore nogen Lovbundethed mellem Komplementbindingsreaktionens Styrkegrad og Infektionens Alder, maaske mest paa Grund af Vanskelighederne ved at skaffe denne sidste oplyst. Ved de stærkt eksudative Former, der vel som Regel vil være af nyere Dato, er Reaktionen dog altid meget stærk.

Positiv Reaktion har kunnet holde sig i Aarevis hos Salpingitispatienter. Dog har vi set positiv Reaktion afløses af Reaktionen 0 efter højst 15 Maaneders Observation ialt i 11 Tilfælde, foruden hos de 2 ovenfor omtalte salpingektomerede Patienter.

8 Patienter gav ikke Reaktioner over 1; det drejede sig om Patienter med Infektioner, der syntes at være fra faa Maaneder indtil tre Aar gamle; kun i 1 Tilfælde laa Infektionen 17 Aar tilbage. Ingen af disse Patienter var salpingektomerede. —

9 Patienter gav ingen Komplementbindingsreaktion. Infektionsalderen var højst 10 Aar. Een af Patienterne var salpingektomeret for to Aar siden. Kun hos een af Patienterne fandtes gonokokholdigt Sekret paa Tidspunktet for den serologiske Undersøgelse.

Résumé:

I) Uanset Infektionens og Salpingitens Alder fandtes positiv Komplementbindingsreaktion hos 84 af 101 Patienter (83,2 %). 8 Patienter (7,9 %) gav Reaktionen 1, 9 Patienter (8,9 %) gav ingen Reaktion.

II) 44,0 % af de seropositive Tilfælde gav Reaktioner > 4; de højeste Styrkegrader fandtes ved de stærkt eksudative Salpingitisformer.

III) I Tilslutning til Salpingektomi konstateredes konstant en Nedgang i Komplementbindingsreaktionens Styrkegrad.

Tør man nu tillægge disse positive Komplementbindingsreaktioner hos Patienter, der for Aar tilbage har haft gonorrhoisk Salpingitis, og som maaske ved Tidspunktet for Blodundersøgelsen er fri for akute Symptomer, diagnostisk Værdi i den Forstand, at disse Patienter maa antages stadig at huse Gonokokker og derfor lejlighedsvis vilde kunne være smittefarlige? Efter min Formening er det absolut berettiget at tyde disse positive Reaktioner paa den supponerede Maade. Intet i Kliniken taler herimod; Salpingitispatienternes afvekslende symptomløse og symptomgivende Perioder er gammelkendte, mistrøstende Kendsgerninger; talrige Infektioner af Ægtemænd og mindreaarige Døtre af ofte tilsyneladende uforstaaelig Oprindelse faar herigennem deres Forklaring, se saaledes Sygejournalerne Nr. 116—120—122—125—126—127—128—129—130—131—132 (S. 221—31)*). Ofte vilde man være tilbøjelig til at erklære en forefunden positiv Komplementbindingsreaktion for uspecifik, hvor man paa Tidspunktet for den serologiske Undersøgelse ikke endnu havde paavist Gonokokker i Sekreterne, men hvor Gonokokpaavisningen først er lykkedes efter gentagne mikroskopiske Undersøgelser, og Reaktionens diagnostiske Fingerpeg dermed bekræftet (se Sygejournal Nr. 121—133—134—135—136—137—138—139—140; S. 224, 231—35). Endelig viser Erfaringerne fra de tidligere Kapitler, i hvilke Gonorrhoeens let-

---

*) *Tode*'s Ord (1774) har endnu Gyldighed: Manche arme Nymphe hat den Tripper, ohne es selbsten einmal recht zu wissen, und giebt was sie nicht glaubt zu haben.

tere overskuelige Komplikationer omhandledes, at Komplementbindingsreaktionen sjældent holder sig positiv i længere Tid, efter at Komplikationens akute Symptomer er svunden; kun ved Prostatiterne, der hvad Kronicitet og langvarig Infektiøsitet angaar, meget vel lader sig sidestille med Salpingiterne, træffes en lignende Persistens af de positive Reaktioner. Paa den anden Side er der i det foregaaende givet talrige Eksempler paa, at Komplementbindingsreationen kan svinde, endnu inden »Gonokokudskilningen« er ophørt.

Gaaende ud fra, at det, som jeg mener, er berettiget at anse en Salpingitis for gonorrhoisk, naar Komplementbindingsreaktionen er positiv, vilde det være en interessant Opgave ved Hjælp af Seroreaktionen at undersøge, hvor hyppigt Gonokokken i det hele maa formodes at være Salpingiternes ætiologiske Faktor. Den gonorrhoiske Infektions Betydning i denne Henseende vurderes meget forskelligt af Kirurger, Gynækologer og Venerologer.

»Forhandlinger ved nordisk kirurgisk Forenings 15de Møte i Kjøbenhavn 1925« omhandler blandt andet »Behandlingen av icke tuberkuløsa Adnexinflammationer«. Af de der anførte Meddelelser fremgaar det, at Gonokokker paavistes af

Ove Nielsen	i 19 %
Bergendal	i 20,5 %
Ahlstrøm	i 31,6 %
Hartmann	i 40,8 %

af ikke tuberkuløse Salpingiter. *Ove Nielsen* fremhæver, at der praktisk talt kun er fundet Gonokokker ved de akute Tilfælde (i 26 % af disse).

Ahlstrøm pointerer: at Gruppen »gonorrhoiske Salpingiter« er for lille, er utvivlsomt; man kan være sikker paa, at der blandt »Tilfælde med ikke erkendt Ætiologi« rummes et større eller mindre Antal Gonorrhoetilfælde, i hvilke Gonokokpaavisningen, trods talrige Undersøgelser er mislykkedes.

Naar *Hartmann* angiver, at Salpingiterne er særlig hyppige i Storbyerne, at det fortrinsvis er unge og letsindige Individer, der bliver et Bytte for Sygdommen, medens det er meget sjældent at se en 50-aarig eller endnu ældre Patient med en Adnexbetændelse, saa kunde dette vel — efter min Mening — ogsaa

tages som et Udtryk for, at Gonorrhoeen sandsynligvis spiller en endnu større Rolle for Salpingitens Opstaaen end Antallet af positive Gonokokfund lader formode.

Det maa erindres, at de tuberkuløse Salpingiter ikke er medtagne i de ovenfor anførte Beregninger, saa at Procentantallet af bakteriologisk erkendte gonorrhoiske Salpingiter indenfor samtlige Salpingitistilfælde vilde være endnu mindre.

Naturligvis kan mit her foreliggende Materiale ikke umiddelbart sidestilles med de nysnævnte Undersøgelser, da det for Størstedelen skriver sig fra en venerologisk Afdeling med tilhørende Poliklinik; navnlig gaar de fleste puerperale Salpingitisformer uden om vor Rækkevidde. Alligevel vil en Sammenstilling af vore Erfaringer ikke være uden Interesse, da Komplementbindingsreaktionen ikke tidligere her i Norden er taget i Betragtning ved Bedømmelsen af Salpingiternes Ætiologi.

Af Salpingitispatienter, hos hvilke Gonokokker paa et eller andet Tidspunkt er paavist i Genitalsekreterne, rummer Materialet som nævnt 101, heraf 84 med positiv Komplementbindingsreaktion.

I Kontrolmaterialet indgik 32 Salpingitispatienter, hos hvilke Gonokokker altsaa ikke vides at være paavist; af disse gav 22 positiv Komplementbindingsreaktion.

Af samtlige 133 Salpingitispatienter var:

76 % af gonorrhoisk Oprindelse *alene* ifølge Mikroskopien.
79,9 % af gonorrhoisk Oprindelse *alene* ifølge Komplementbindingsundersøgelsen.
63,2 % af gonorrhoisk Oprindelse ifølge *baade* Mikroskopi og Komplementbindingsundersøgelse.
92,6 % af gonorrhoisk Oprindelse ifølge *enten* Mikroskopi *eller* Komplementbindingsundersøgelse.

Jeg er i Overensstemmelse med mine Fund og mener at komme det virkelige Forhold meget nær, naar jeg, bortset fra de puerperale, septiske Salpingiter for hvilke jeg ingen Erfaring har, anser ca. 90 % af samtlige Salpingitistilfælde for at være af gonorrhoisk Natur.

Jeg skulde tro, at man ved at undersøge en kirurgisk eller gynækologisk Afdelings Patientmateriale saavel bakteriologisk

som serologisk vilde finde et mindst lige saa stort Procentantal Salpingitistilfælde af sandsynlig gonorrhoisk Oprindelse, i Betragtning af, at de der indlagte Patienter som Regel har søgt Lægehjælp netop i een af Salpingitens symptomgivende Perioder (d. v. s. paa et Tidspunkt, hvor saavel Gonokokundersøgelsen som Komplementbindingsreaktionen allerhyppigst giver positive Resultater), hvorimod mange af de af mig paa Polikliniken undersøgte Patienter gennem kortere eller længere Tid havde været symptomløse. Sikkert vilde ogsaa en Del af de der forekommende puerperale Salpingiter vise sig at være foraarsagede af en i Tilslutning til Fødselen eller Aborten genopblusset eller ascenderet gonorrhoisk Infektion.

Opstilles de 15 Salpingitistilfælde jeg raader over fra Rigshospitalets kirurgiske Afdeling C for sig, faas følgende Tal:

Hos 7 Pat. fandtes + GK. i Genitalsekretet og + Kplb.
— 6 — — ÷ — - — men + Kplb.
— 2 — — ÷ — - — og ÷ Kplb.

Altsaa maa 13 af de 15 Tilfælde (86,7 %) anses for gonorrhoiske. De to Salpingitispatienter, der hverken mikroskopisk eller serologisk gav Holdepunkt for Gonorrhoediagnosen, formodedes at være lidende af tuberkuløse Salpingiter. I det ene Tilfælde verificeredes denne Diagnose ved Operation og paafølgende Mikroskopi af den fjernede Tuba.

Kvindegonorrhoe af ukendt Lokalisation.

En Række Kvinder — 36 — oplyste andetsteds at være blevet erkendt som gonorrhoisk inficerede og behandlede herfor. Naar jeg ikke har kunnet finde Gonokokker i deres Sekreter, har jeg ment det rigtigst at opføre dem for sig selv i denne Gruppe. Heller ikke alle Patienterne frembød nu Symptomer, der tillod at henføre dem under de tidligere gennemgaaede Patientgrupper med bestemt lokaliseret Infektion. De fleste af Patienterne henvendte sig paa Polikliniken til fortsat Behandling af den andetsteds diagnosticerede Gonorrhoe; nogle er mødt frem paa Grund af andre Lidelser.

17 gav positiv Komplementbindingsreaktion.

I 12 Tilfælde oversteg Styrkegraden ikke 2
- 1 — — — — 3
- 2 — — — — 5
- 1 — — — — 7
- 1 — — — — 8

Hos 3 fandtes kliniske Tegn paa Uretrit + Endometrit; hos andre 3 Patienter fandtes kun pusblandet Cervikalsekret. For 8 Patienter angives som klinisk Symptom blot Udflod. For andre 3 Patienter findes intet anført om kliniske Gonorrhoesymptomer; den ene angaves af Manden som Smittekilde for Gonorrhoe. —

6 Patienter gav Reaktion 1; 4 frembød endnu kliniske Tegn paa Gonorrhoe (purulent Udflod fra Uretra, pusstribet Cervikalsekret, Erosio colli uteri). Een Patient havde en Irido-cyclitis af tvivlsom Oprindelse (Gonorrhoe? Syfilis?). En anden Patient formodedes at være Smittekilde til en mindreaarig Datters gonorrhoiske Vulvovaginitis. —

13 Patienter gav Reaktionen 0. Hos 4 fandtes pusblandet Cervikalsekret; en af disse var beskyldt for Smitte. 6 klagede over Udflod. Hos een fandtes Erosion paa Collum uteri. 3 var symptomløse.

Résumé: Af 36 Kvinder med andetsteds diagnosticeret gonorrhoisk Infektion gav 17 (47,2 %) positiv Komplementbindingsreaktion; 14 af disse frembød kliniske Symptomer paa Gonorrhoe. 6 Patienter (16,7 %) gav Reaktionen 1; 4 havde kliniske Symptomer. 13 Patienter gav ingen Reaktion; 10 havde kliniske Symptomer.

Hertil regnes gonorrhoiske Infektioner hos Børn under 15 Aar; de var alle — 12 — af Kvindekøn. Hos 7 fandtes positiv Komplementbindingsreaktion.

I 1 Tilfælde oversteg Styrkegraden ikke 2; Patienten var en 14-aarig Pige med en 4 Maaneder gammel Infektion, Gonokokker i Uretral- og Cervikalsekret samt Erosio colli uteri.

I 1 Tilfælde oversteg Styrkegraden ikke 3; Patienten var en 8 Aar gammel Pige, der i to Maaneder havde haft en gonorrhoisk Vulvitis.

I 2 Tilfælde oversteg Styrkegraden ikke 4. Den ene Patient var en 7-aarig Pige med en 9 Maaneder gammel gonorrhoisk Vulvitis.

Indtrædende Komplikationers Indflydelse paa Komplementbindingsreaktionens Styrkegrad fremgaar tydeligt af den anden Patients Forhold (Sygejournal Nr. 141, S. 235—36). Det var en 14-aarig Pige af infantil Habitus; hun undersøgtes med 24 Blodprøver i det halve Aar, hun var indlagt paa Afdeling H, d. v. s. udelukket fra ny Smittemulighed. I Sygdommens anden Maaned fik Patienten et Anfald af Salpingitis, i Tilslutning til hvilket den da nedadgaaende Reaktionsværdi atter steg (fra 1 til 4), for derefter — samtidig med de kliniske Symptomers Svind — at blive 0. To Uger senere fik Patienten atter stærke salpingitiske Smerter samt Ømhed i højre Fossa iliaca. Komplementbindingsreaktionen var samme Dag 0. Tre Dage senere 4. Denne særdeles bratte Stigning efterfulgtes af en jævn Aftagen i Reaktionsstyrke Side om Side med Symptomernes Afklingen. Gonokokker paavistes ikke senere end i 9. Uge efter Patientens Indlæggelse, d. v. s. under det første Salpingitisanfald. For en Kliniker, der ikke kendte Forhistorien, men som iagttog det 14-aarige Pige-

barn under det andet Salpingitistilfælde, hvor Gonorrhoeens øvrige kliniske Symptomer var svundne, vilde det være meget nærliggende at anse den da fundne Komplementbindingsreaktion — 4 — for uspecifik. Som hævdet under Omtalen af de gonorrhoiske Salpingiter, maa en positiv Komplementbindingsreaktion hos en Salpingitispatient berettige Antagelsen af en aktiv gonorrhoisk Infektion, selv hvor andre gonorrhoiske Symptomer for Øjeblikket mangler.

Desuden fremgaar det af den omtalte Sygehistorie med næsten eksperimentel Beviskraft, at alene Komplementbindingsreaktionens Omsving til 0 hos en tidligere seropositiv Gonorrhoepatient, paa ingen Maade kan betragtes som et Patent paa Infektionens stedfundne Helbredelse, saaledes som *Corbus, Shupe, Gauran, Brünauer, Müller & Oppenheim, Scholtz & Dörffel* har villet hævde det. At Gonorrhoeens fortsatte Bestaaen alligevel er mulig er vist ved talrige Eksempler i det foregaaende. At ogsaa Recidiver meget vel kan indtræffe, bevises af den her omtalte Sygehistorie, hvor Reinfektion med Sikkerhed lader sig udelukke. —

I 3 Tilfælde oversteg Styrkegraden ikke 5. I eet af disse Tilfælde (Sygejournal Nr. 142, S. 236—38) var den stærkt positive Komplementbindingsreaktion Anledningen til Erkendelsen af den gonorrhoiske Infektion. Patienten var, da Resultatet af Blodprøven indtraf, allerede udskrevet som ikke-gonorrhoisk paa Basis af fem negative Sekretundersøgelser. Patienten tilskreves om atter at lade sig indlægge, og først den fornyede Gonokokeftersøgning gav positivt Resultat. Ialt foretoges 33 Komplementbindingsreaktioner paa denne Patients Serum. Anledningen til disse talrige serologiske Undersøgelser var Ønsket om at undersøge om uspecifik Feberterapi (in casu ugentlige, intramuskulære Injektioner af en 1 %'s Svovlolie i stigende Doser fra 4 til 9 cm^3) var i Stand til — gennem Paavirkning af Antistofproduktionen — at forandre Komplementbindingsreaktionens Styrkegrad eller paa anden Maade influere paa den gonorrhoiske Infektions Forløb. Angaaende det første Punkt giver Resultaterne ingen Oplysninger. Gonokokker var paaviselige i Sekreterne endnu 1½ Maaned efter Svovlterapiens Ophør.

Den anden Patient med Komplementbindingsreaktion 5 var en 14-aarig Pige (Sygejournal Nr. 143, S. 238—39), hvis Infek-

tion kompliceredes med en Bartholinitis. Heller ikke her tillader den forsøgsvis instituerede intramuskulære Svovlterapis Resultater at drage sikre Slutninger.

Den tredie stærkt reagerende Patient var et 14 Maaneder gammelt Pigebarn med en gonorrhoisk Vulvit, der havde bestaaet i een Maaned. Komplementbindingsreaktionen var 5 — 4 — 3 (Sygejournal Nr. 144, S. 239)*).

5 Børn lidende af gonorrhoisk Vulvit gav — ved en enkelt Undersøgelse — Reaktionen 0. I det ene Tilfælde var Vulviten kompliceret med gonorrhoisk Proktit.

Hos 3 Børn, der for henholdsvis 1, 3 og 6 Aar siden havde været lidende af gonorrhoisk Vulvit, fandtes Komplementbindingsreaktionen 0.

I denne Sammenhæng bør erindres om Sygejournal Nr. 123; den nu 16-aarige Patient opereredes for en Hydro-Pyosalpinx, der mentes at have sin Oprindelse fra en for 10 Aar siden gennemgaaet gonorrhoisk Infektion. Komplementbindingsreaktionen var her 2, blev efter Salpingektomien 0. —

Syffert's tidligere omtalte Paastand, at Børn ikke dannede Antistof og altsaa ikke kunde give positiv Komplementbindingsreaktion, har ikke fundet Bekræftelse ved mine Undersøgelser, ifølge hvilke

I) 7 af 12 gonorrhoisk inficerede Børn (58,3 %) gav positiv Komplementbindingsreaktion, i 3 Tilfælde af Styrkegrad over 4. 5 Børn (41,7 %) gav ingen Reaktion.

II) Positiv Komplementbindingsreaktion er tidligst iagttaget hos et 14-Maaneders Barn.

III) 3 nu symptomløse Børn, der for indtil 6 Aar siden havde haft gonorrhoisk Vulvit, gav ingen Komplementbindingsreaktion.

IV) Nogen Væsensforskel er ikke paavist mellem Komplementbindingsreaktionens Forhold hos Børn og hos voksne Individer, hverken hvad dens Hyppighed eller Styrke angaar.

---

*) At Komplementbindingsreaktionen hos Børn kan stige til endnu højere Styrkegrader, har jeg for nylig haft Lejlighed til at konstatere

SAMMENFATTENDE OG AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER

En Komplementbindingsreaktion for Gonokokker har været kendt i 23 Aar; da der ikke i Literaturen findes nogen detailleret Dokumentation af Reaktionens kliniske Ydeevne, som den maatte fremgaa ved en fortsat klinisk-serologisk Observation af et meget stort Patientmateriale ved Anvendelse af en paa konstant Vis foretagen Komplementbindingsreaktion, beslutter jeg mig til

I. ved indledende eksperimentelle Studier i nøje Samarbejde med en Serolog at udarbejde en uangribelig og konstant teknisk Udførelse af Reaktionen,

II. at gennemprøve denne paa et stort og stærkt varieret Patientmateriale, der holdes under meget langvarig Observation (i indtil 1¾ Aar).

Den anvendte tekniske Metode karakteriseres ved en stærkt uddifferentieret kvantitativ Bestemmelse af Reaktionsstyrken, der udtrykkes ved Styrkegraderne 1, 2, 3, 4 ..... 12, samt ved et nøje udarbejdet Standardiseringssystem, der sikrer de til forskellige Tider opnaaede Reaktionsudfalds Sammenlignelighed.

Antallet af samtlige serologisk undersøgte Patienter er 1610; Antallet af udførte Komplementbindingsreaktioner er 3018. For de Patienters Vedkommende, hvis serologiske og kliniske Forhold er af særlig Interesse paa Grund af disses indbyrdes Uoverensstemmelse, eller som frembyder andre særlige serologiske

---

hos to paa Afdeling H indlagte Patienter. En 6-aarig Pige med gonorrhoisk Vulvit og Salpingit gav ved de ugentligt foretagne Komplementbindingsundersøgelser Reaktioner af Styrkegraderne 10—9—8—7. En 1½ Aar gammel Pige med maanedgammel gonorrhoisk Vulvovaginit gav Komplementbindingsreaktionen 6.

eller kliniske Ejendommeligheder, bringes fyldige Journaludtog, ialt 144.

Komplementbindingsreaktionens Specifitet undersøges paa 643 Personer. Bortset fra Meningokokinfektioner fandtes Komplementbindingsreaktionen konstant 0 ved Undersøgelse af 100 Individer (Børn), hos hvilke tidligere eller bestaaende gonorrhoisk Infektion med største Sikkerhed kunde udelukkes.

Ved Undersøgelse af 543 voksne Individer, hos hvilke gonorrhoisk Infektion ikke er bakteriologisk erkendt, og som heller ikke vides tidligere at have været gonorrhoisk inficerede, fandtes Antallet af uspecifike Reaktioner i gunstigste Tilfælde at være 0 %, i ugunstigste Tilfælde 10 %. Specielt fandtes ingen Tegn paa, at en positiv Wassermann-Reaktion skulde kunne foraarsage uspecifike Komplementbindingsreaktioner for Gonokokker.

Den ikke-gonorrhoiske Epididymitis' relative Hyppighed fremhæves. —

Som sikre positive Reaktioner anses kun saadanne, hvis Styrkegrad er 2 eller derover, idet 1-Reaktionen ikke tør betragtes som bevisende for gonorrhoisk Infektion; dog er 1-Reaktionen aldrig forekommen hos sikre Ikke-Gonorrhoikere.

Styrkegraden 2, 3 og 4 kan betragtes som »svage Reaktioner«. »Stærke Reaktioner« af Styrkegraden 5 til 12 kan almindeligvis anses som Tegn paa, at den gonorrhoiske Infektion ikke mere har Karakter af en overfladisk Slimhindebetændelse, men at dyberegaaende eller metastatiske Komplikationer er til Stede eller under Udvikling.

Af Gonorrhoepatienter, hvis Infektion mentes helbredt for mindst 1 Aar siden, gav 14 positiv Komplementbindingsreaktion; 6 fik senere bakteriologisk erkendt Recidiv; endvidere frembød 5 kliniske Tegn paa kronisk Uretritis eller — hyppigst — Prostatitis. Under disse Forhold bør en positiv Komplementbindingsreaktion derfor anses som en Følge af den gonorrhoiske Infektions stadige Tilstedeværelse.

Paafaldende hyppigt konstateredes Herpes genitalis hos tidligere gonorrhoisk inficerede, nu seronegative Patienter. —

Sædvanligvis bliver Komplementbindingsreaktionen positiv i Infektionens 2.—4. Uge; kun undtagelsesvis findes positiv Reaktion inden 14. Infektionsdag, og da især ved Tilfælde, der alle-

rede da er komplicerede. De Tilfælde af Mandfolkegonorrhoe, der til Stadighed holdt sig seronegative, havde et noget kortere klinisk Forløb end de seropositive Tilfælde.

Den procentvise Hyppighed, hvormed Komplementbindingsreaktionen kan forventes at være positiv ved de forskellige Former af bestaaende — akut eller kronisk — gonorrhoisk Infektion fremgaar af nedenstaaende Skema, i hvilket mine Resultater er samlede. Af Skemaet ses tillige, hvor hyppigt de seropositive Tilfælde viste Styrkegrader over 4.

	Kplbr. +	Kplbr. 1	Kplbr. 0	Kplbr. >4
Uretritis acuta anterior I	47,9	10,4	41,7	8,7
— — — II—IV .	43,9	11,0	45,1	19,4
— — — + posterior I	68,5	5,4	26,1	30,0
Uretritis acuta anterior + posterior II—IV	85,2	11,1	3,7	39,1
Uretritis acuta + periuretrale Komplikationer	93,3	16,7	0	34,1
Uretritis acuta + Epididymitis .	93,0	3,5	3,5	42,3
— — + Prostatitis ..	95,7	4,3	0,0	63,6
— — + Artroitis ...	100,0	0,0	0,0	64,7
Uretritis feminæ	52,5	22,0	25,5	13,5
Endometritis	(70,0	10,0	20,0	14,3)
Uretritis + Endometritis	56,1	15,9	28,0	30,4
Bartholinitis hos Gonorrhoikere	95,5	0,0	4,5	38,1
Adnekslidelser hos —	83,2	7,9	8,9	44,0
Gonorrhoea infantum	58,3	0,0	41,7	42,9
Ukompliceret kronisk Gonorrhoe hos Mænd	(16,7	33,3	50,0	0,0)
Kompliceret kronisk Gonorrhoe hos Mænd	100,0	0,0	0,0	61,3

Til Grund for de indklammede Procenttal ligger kun et ringe Patientmateriale. Antallet af iagttagne Patienter indenfor hver enkelt Sygdomsgruppe fremgaar iøvrigt af de i Kapitlet »Patientmaterialet« meddelte Oversigter.

Kun ved ukompliceret Uretritis anterior træffes Komplementbindingsreaktionen positiv i mindre end 50 %.

Ved komplicerede Tilfælde er Reaktionen positiv i 68,5 til 100 %. Med størst Sikkerhed kan positiv Reaktion forventes ved gonorrhoiske Artroiter og ved kronisk kompliceret Mandfolkegonorrhoe. Desuden gav gonorrhoiske Affektioner af Lymfekar og -kirtler konstante og som Regel stærke Komplementbindingsreaktioner.

I alt maatte 90 % af de iagttagne Salpingitistilfælde anses for gonorrhoiske.

Den gonorrhoiske Infektion i Barneaarene forholder sig serologisk ganske som Infektionen i den voksne Alder. —

Den positive Komplementbindingsreaktion kan svinde inden Sygdommens Helbredelse. Iøvrigt gaar Erfaringerne ud paa, at den svinder i Løbet af 1 til 2 Maaneder efter den tilsyneladende kliniske Helbredelse, specielt gælder dette ogsaa for saadanne gonorrhoiske Komplikationer, der lader sig angribe ad kirurgisk Vej. For gonorrhoiske Prostatiter og Salpingiter ligger Forholdene anderledes; her holder positiv Komplementbindingsreaktion sig ofte i Aarevis; der fremføres stærke Argumenter for, at positiv Komplementbindingsreaktion i disse Tilfælde er at opfatte som uafviseligt Vidnesbyrd om Sygdommens fortsatte Bestaaen og lejlighedsvise Infektiøsitet. —

De i Arbejdets Indledning formulerede Spørgsmaal maa herefter besvares paa følgende Maade.

Den kliniske Anvendelse af Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe er absolut videnskabeligt berettiget.

Dens almen-diagnostiske og differential-diagnostiske Brugbarhed er uomtvistelig, specielt i komplicerede eller kroniske Tilfælde af den gonorrhoiske Infektion, eller hvor saadanne Affektioners Tilstedeværelse ikke klinisk lader sig udelukke. Iøvrigt fremgaar de mere specielle Omraader og Indikationer for Komplementbindingsreaktionens Anvendelighed formentlig med fornøden Tydelighed af mine just ovenfor sammenfattede Erfaringer.

Manglende Komplementbindingsreaktion vil aldrig kunne være af afgørende diagnostisk Betydning; dog, hvis en Patient med formentlig gonorrhoisk Artroitis giver til Stadighed Komplementbindingsreaktion 0, vil det være indiceret at underkaste den kliniske Undersøgelse og Diagnose en kritisk Revision. Ved

Afgørelsen af Spørgsmaalet om en klinisk symptomfri Gonorrhoepatient kan betragtes som definitivt helbredet eller ej, spiller een eller flere negative Komplementbindingsundersøgelser ingen Rolle; Infektionens fortsatte Bestaaen er af den Grund paa ingen Maade udelukket.

Positiv Komplementbindingsreaktion maa anses som et yderst værdifuldt og særdeles paalideligt Vidnesbyrd om, at det paagældende Individs Organisme er inficeret med Gonokokker eller har været inficeret med Gonokokker indenfor de foregaaende 2—3 Maaneder, forudsat at Meningokokinfektion lader sig udelukke. Er den kliniske Undersøgelse for Gonorrhoe negativ, bør Komplementbindingsundersøgelsen gentages. Holder Komplementbindingsreaktionen sig positiv, bør man ikke af den Grund mistvivle om Seroreaktionens Specifitet, men gennem Maaneders eller halve Aars intens Observation af Patienten verificere Resultatet af Komplementbingsundersøgelsen. Mine Erfaringer, der nu støtter sig paa over 5500 Komplementbindingsundersøgelser, berettiger Opfattelsen af den positive Komplementbindingsreaktion som vort hidindtil sikreste Hjælpemiddel til øjeblikkelig Erkendelse af de gonorrhoiske Infektioner, hvis bakteriologiske Erkendelse er saare vanskelig eller kun mulig efter aarelang Observation.

Som udført paa Statens Seruminstitut har Komplementbindingsreaktionen ved Gonorrhoe derfor Krav paa at vinde almindelig Indpas i den kliniske Diagnostik. —

Under disse Aars indgaaende Beskæftigelse med Tusinder af gonorrhoisk inficerede Patienter har jeg modtaget et dybt Indtryk af, at den — altfor ofte saa ringeagtede — gonorrhoiske Infektions mangeartede og vidtrækkende Ødelæggelser hidindtil næppe har kunnet erkendes i deres fulde Udstrækning. Ved Komplementbindingsreaktionens Hjælp ser man nu klarere Omridsene af de talløse individuelle og sociale Ruiner, der er den gonorrhoiske Infektions Værk. Fremtiden maa vise, om Komplementbindingsreaktionen skulde kunne blive en Ledetraad i vore Bestræbelser efter at finde den effektive Terapi, der kan nedkæmpe det Samfundsonde, den gonorrhoiske Infektion i Dag er Verden over.

UDTOG AF SYGEJOURNALER

INDHOLDSFORTEGNELSE

til Afsnittet indholdende Udtog af Sygejournaler.

Journal Nr. 1—70: Patienter af Kontrolmaterialet ..... 169—192
Journal Nr. 1—2: Børn 169
Journal Nr. 3—11: Mænd 170
Journal Nr. 12—70: Kvinder 173
Journal Nr. 71—78: Patienter af Gruppen »Gonorrhoea antea« .. 192—195
Journal Nr. 79—84: Patienter af Gruppen »Gonorrhoea chronica« 195—201
Journal Nr. 85—109: Patienter af Gruppen »Gonorrhoea acuta«.. 201—217
Journal Nr. 85—90: Første Gangs inficerede Patienter med Uretritis anterior acuta 201
Journal Nr. 91: Tidligere inficeret Patient med Uretritis anterior acuta 204
Journal Nr. 92—97: Første Gangs inficerede Patienter med Uretritis anterior + posterior acuta 205
Journal Nr. 98: Tidligere inficeret Patient med Uretritis anterior + posterior acuta 208
Journal Nr. 99—101: Patienter med peri- og paruretrale Komplikationer 208
Journal Nr. 102—103: Patienter med Epididymitis 210
Journal Nr. 104—107: Patienter med Prostatitis 211
Journal Nr. 108—109: Patienter med Artroitis 214
Journal Nr. 110—140: Patienter af Gruppen »Kvindegonorrhoeen« 217—235
Journal Nr. 110—111: Patienter med Uretritis 217
Journal Nr. 112—116: Patienter med Uretritis + Endometritis 218
Journal Nr. 117—118: Patienter med Bartholinitis 222
Journal Nr. 119—140: Patienter med Adnekslidelser 223
Journal Nr. 141—144: Patienter af Gruppen »Børnegonorrhoeen« 235—239

PATIENTER AF KONTROLMATERIALET

Nr. 1.

Blegdamshospitalet 40/27, D. af Arbmd., 5 Aar.
Indl. 10/3, udskr. 5/10 1927.

Meningitis cerebrospin. epidemica.
Difteria nasi.

Ved Indlæggelsen havde Barnet typiske Meningitissymptomer, hun skelede, var nakkestiv og havde Tp. 39°. Ved Lumbalpunktur fandtes let uklar Spinalvædske, der ved Dyrkning paa Hæmoglobinascites-ager gav Vækst af Meningokokker; ogsaa 23/3 og 4/4 fandtes Meningokokker i Spinalvædsken, men ikke senere. I Næsesvælgrummet paavistes ikke Meningokokker. Ved Podning fra Næsen fandtes gentagne Gange Difteribaciller, første Gang 17/3, sidste Gang 21/7, hvorfor der 22/3 gaves Serum antidiftericum 20,000 IE.

Forøvrigt behandledes Pt. med 9 Injektioner af 10 % Kinin-urethanopl., 2 cm^3 ad Gangen intramusk. i Tiden fra 25/3—23/4.

16/5: Nu kun ubetydelig Nakkestivhed.

23/5: Komplementbindingsreaktion for Gonokokker 5, for Meningokokker 9.

5/10: Udskr. i Velbefindende.

Nr. 2.

Blegdamshospitalet 21/27, S. af Bryggeriarb., 9 Aar.
Indl. 9/2, udskr. 25/5 1927.

Meningitis cerebro-spin. epidemica.

Ved Indlæggelsen var Pt. hallucineret og nakkestiv, Tp. 39. Ved Lumbalpunktur udtømtes uklar Spinalvædske, der ved Dyrkning paa Hæmoglobinascites-agar gav Vækst af gram-negative Diplokokker; disse genfandtes 10/2 og 3/3, men ikke senere. 10/5 fandtes Meningokokker ved Svælgpodning.

Fra 9/2—10/3 behandledes Pt. med 9 Injektioner af 10 %'s Kinin-urethanopl., 2 cm^3 ad Gangen, intramuskulært.

1/3 gaves endvidere 20 cm^3 Meningokokserum intramusk.
5/4: Velbefindende, oppe.
23/5: Komplementbindingsreaktion for Gonokokker og Meningokokker 0.
25/5: Fuldstændigt Velbefindende. Udskrives.

Nr. 3.
Rud. Berghs Hosp. 333/27, Skibssmed, Enkemand, 57 Aar.
Indl. 19/3, udskr. 8/7 1927.
Strictura uretræ.
Bubo strumosus.
Der er intet oplyst om gonorrhoisk Infektion i Anemnesen. I 1922 behandledes Pt. for Strictura uretræ. Indlægges nu paa Grund af en strumøs Bubon i v. Ingven.
9/5 27: Kplb. (for Gonokokker): 2.
5/7: Der findes en Striktur, der fra Orificium uretræ strækker sig 2 cm ind i Urinrøret, den dilateres fra Bougie Nr. 10 til Nr. 16.
24/5 28 behandledes Pt. atter paa Rud. Berghs Hosp.s Poliklinik (Nr. 961/27) for Vandladningsbesvær. Strikturen tillod Bougie Nr. 12 at passere.

Nr. 4.
Afd. H. 390/27 og Afd. C. 3/10 27. Ug. Mekaniker, 43 Aar.
Indl. Afd. H 22/6 27. Overflyttet til Afd. C 24/6. Udskr. 1/10 27.
Strictura uretræ.
Abscessus perincalis.
Alcoholismus chronicus.
Skal have haft Forhudsbetændelse, men benægter iøvrigt Venerea. Er udtalt potatorisk. Skal nu have haft Udflod fra Begyndelsen af Juni Maaned. I 8 Dage før Indlæggelsen havde Vandladningen været besværlig, og Pt. havde haft Feber omkring 39 °.
23/6: Lader Vandet i Sengen; Vesica føles ikke over Symfysen. Purulent Sekret fra Præputialrummet og Uretra: ÷ GK. Paa Undersiden af Penis føles langs Uretra en betydelig, vistnok fluktuerende Infiltration. Ved Forsøg paa Kateterisation standser Kateteret ca. 15 cm. fra Orificium, og i Tilslutning hertil udtømmes rigelige Pusmasser. Intet i Epididymides. Expl. rect.: Prostata naturlig; lidt Svulst og Ømhed af begge Vesiculæ seminales. W.R. ÷.
25/6: Den voldsomme flegmonøse Affektion i h. Side af Perineum incideres.
Kaviteten strækker sig bagtil til Bulbus uretræ og helt op omkring Pars membranacea uretræ. — Ved Podning fra Urinen faas Vækst af grampositive Kokker og gramnegative Stave.

18/8: Incideres en Absces i Scrotum; i dens Bund findes en 6 cm lang Defekt af Uretra.
1/9: Uretralsekret: ÷ GK.
26/9: Kplb. 3.

Nr. 5.
Blegdamshosp. 796/27 og Afd. H's Pol. 2152/27. Ug. Bager. 20 Aar.
Indl. 11/5, udskr. 24/5 1927.
Difteria faucium.
Scabies.
11/5: Haft ondt i Halsen i 2 Dage. Der ses store Belægninger paa begge Tonsiller. Podning fra Svælget: + Difteribaciller. Tp. 38,8°.
Blev ikke serumbehandlet.
23/5: Kplb. 6.
24/5: Velbefindende. Udskrives.
Afd. H's Pol. 1/6 27: Oplyser at være behandlet for »Forhudsbetændelse« for 3 Maaneder siden. Uretra er tør, Urinen klar. Expl. rect.: naturlige Forhold.
26/7 28: Spredte Follikuliter, har haft et lille Saar paa Læben. Kplb. 0. W.R.: ÷, svagt + med syf. Ekstrakt, Σ 1,6.
1/8: Urin klar, uden Traade. Kplb. 0. W.R. ÷, Σ ÷.
4/2 29: Nu udbredt Fnat. W.R. ÷.

Nr. 6.
H. Pol. 4755/26. Gift Mand, 29 Aar.
Gon. I.
31/12 26: Behandlet sig med 1 %-Lapisopl. i ca. 3 Maaneder for en formentlig Gonorrhoe. Endnu af og til Udflod. Uretralmundingen næsten tør. Afskrab: ÷ GK. Urin klar i begge Portioner, uden Traade.
3/1 27: Vandladningen naturlig. Tyndt purulent Udflod: ÷ GK. Urin uklar i begge Portioner. Rp. Lapis 1:20000.
10/1: Alt i Orden. Intet Udflod. Urin fuldstændig klar.
Sep. Beh.
24/1: Stadig intet Tegn til Recidiv. Urinmundingen fuldstændig tør. Urin klar i begge Portioner. Udskrives.
9/6: Der har atter været Udflod, hvorfor Pt. har sprøjtet; nu intet objektivt. Urin glasklar. Kplb. 3. Rp. Lapis 20000.
13/6: Mærker intet.
27/6: Har nu ikke sprøjtet i 10 Dage. Intet mærket. Urinmundingen er tør. Urin let uklar i begge Portioner. Expl. rect.: intet abnormt. Kplb. 2. Sep. Beh.
4/7: Mærker intet. Urin klar, uden Traade.
16/7: Stadig ingen kliniske Tegn til Gon. Urin klar i begge Portioner. Kplb. 3.
8/8: Alt i Orden.

Nr. 7.
H. Pol. 4630/26. Ug. Styrmand, 23 Aar.
Syfilis 1926.
16/12 26: Ulcus præputii: + Spirochaete pall.; Adenitis ingv. W.R. 0.0.60.100.
11/5 27: W.R. ÷.
9/2 28: W.R. ÷. Har i den sidste Tid haft klart Udflod om Morgenen. Urin er klar, med Smaatraade i første Portion. Kplb. 2.
16/2: Urin klar, uden Traade. Expl. rect. viser intet tydeligt abnormt. Udeblevet.

Nr. 8.
H. Pol. 2582/27. Ug. Elektriker, 23 Aar.
Obs. for Gon.
4/7 27: Ikke tidligere ven. Sygdom. Har bemærket Udflod, intet nu. Urin klar, uden Traade.
18/7: Intet Tegn paa Gon. Kplb. 4.
25/7: Intet Udflod, intet Afskrab. Expl. rect.: Prostata en Del diffust forstørret, men ganske glat og ikke øm. Urin helt klar.
29/8: Mærker stadig intet. Kplb. 2.
19/9: Uretra tør. Urin klar, med Fnug i første Portion. Kplb. 2.
10/10: Mærker intet. Uretra tør. Urin klar. Expl. rect.: ingen Ømhed af Prostata. Kplb. 0.
17/10: Udskrives.

Nr. 9.
H. Pol. 3397/27. Gift Arbmd., 45 Aar.
Syfilis (ukendt Opr.).
29/8 27: Beskyldt for Smitte med Gon.; ingen kliniske Tegn herpaa. Kplb. 2. W.R. 10.100.
5/9: Klinisk intet Tegn til Syfilis, Reflekserne normale. Intet Afskrab fra Urinrøret. Urin glasklar. Rp. Bi.
19/9: Kplb. 0.
10/10: Kplb. 0. Udeblevet.

Nr. 10.
H. Pol. 4327/27. Gift Værkfører. 35 Aar.
Obs. for Gon.
3/11 27: Er beskyldt for Smitte i August 1927. Intet Udflod. Kan ikke lade Vandet. Ingen kliniske Tegn til Syfilis. W.R. ÷. Kplb. 3. Udeblevet.

Nr. 11.
H. 45/28. Ug. Træhandler, 21. Aar.
Indl. 16/8 27; udskr. 2/2 28.

Akneiforme Tuberkulider.
Ødema et Elefantiasis extr. infer.

Som Barn Skrofulose. Begyndte for 6 Aar siden at faa Smerter og Ødem af h. Underextremitet; efterhaanden udviklede der sig Smaasaar og Ødem paa begge Underekstr. i hele deres Udstrækning. Indlagdes i 1924 paa Provinssygehus, Diagnose: akut Nefritis (Esbach 12 %).

Indlagdes paa samme Sygehus i 1925. Diagnose: Kronisk Hævelse af begge Underekstremiteter, Albuminuria ortostatica (Seqv. nefritidis), Ulcerationes crurum. 10/6 25 fandtes W.R. (i Blod): ÷ med Hjerteekstrakt, + med syfilitisk Ekstr. 23/6 25: W.R. + med syfilitisk Ekstr. $\Sigma > 2{,}5$, *Kahns* Fældningsreaktion +++, *Thomsens* cholesterinerede Ekstr. + Hæmolyse 0. 30/6 25: W.R. ÷, Σ ÷. Der gjordes *Talma*'s Operation.

Paa et Amtssygehus diagnosticeredes i 1928: Infiltration apicor. pulm., Tuberkulosis gland. cerv., akneiforme Tuberkulider. Derefter behandlet med Lysbade.

17/8 27: *Pirquet* stærkt positiv (15 mm) Σ ÷ (i Blod). Urin: ÷ Alb., ÷ Sukker.

18/8: Blodtryk 135/80.

25/8: Basalstofskifte 95 % efter *Benedict*'s Standard. Biopsi fra Knude fra v. Knæ viste tuberkulid Struktur.

2/9: Rp. Kulbuelysbade.

6/9: Kplb. 3.

12/9: Kplb. 3.

20/9: Kplb. 2. W.R. ÷, Σ ÷.

29/9: Intet Udflod fra Uretra. Urin klar i begge Portioner. Expl. rect. naturlige Forhold. Kplb. 3.

1/11: Kplb. 3.

24/1 28: Kplb. 0. Tp. var under hele Opholdet normal.

Nr. 12.

H. 327/28. G. m. Vinduespolerer, 38 Aar.
Indl. 18/5; udskr. 24/5 1928.

Syfilis 1906.
Leukocytosis spin.

Behandlet paa Sundby Hosp. i 1913 og 1914 for Salpingitis. Behandlet tre Gange paa Bispebjerg Hosp.; i 1916: Salpingitis, i 1919: Perioophoritis, i 1920: Salpingitis. I Tiden 1923—1926 har hun ligget hjemme talrige Gange for Underlivstilfælde. Siden December 1927 har hun været arbejdsudygtig, da hun stadig har haft Smerter i Underlivet.

19/5: Stadig Smerter. Expl. recto-vag.: cystisk Degeneration af begge Ovarier. Kplb. 6. W.R. 0.0.0.0.60.100. Rp. 914 + Bi.

Nr. 13.

H. 504/27. Ug. Tj.pige, 28 Aar.
Indl. 30/5; udskr. 19/8 1927.

Syfilis 1922.
Catarrh. canal. cerv.
Salpingitis duplex.
Seqv. tub. gland. cerv.
Hysteria.

Har i adskillige Aar lidt af Smerter nedadtil i Underlivet. Beh. 9/2—23/3 27 paa St. Elisabeths Hosp. for Salpingitis. Overflyttes nu fra Rigshosp.s kirurgiske Afd. C under Diagnosen Salpingooophoritis duplex, Lues. Ved Expl. recto-vag. er følt hønseægstore Udfyldninger paa begge Sider af Uterus, der er plump, midtstillet. Kplb. (21/5) 2.

Rigeligt purulent Udflod. Uretralmundingen rød, let blødende, sparsomt Afskrab: ÷ GK. Let blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK.

1/6: Der er en Erosion paa forreste Læbe af Collum. Blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷ med Hjerteekstr., svagt + med syf. Ekstr., Σ 2½.

7/6: Har stadig Smerter nedadtil i Abdomen.

13/6: Ømhed af Underlivet, navnlig i h. Side.

23/6: Der er komplet Anæstesi af Cornea og Svælg, samt udbredte anæstetiske og analgetiske Plaques paa Arme og Bryst. *Pirquet* + (10 mm). W.R. ÷ med Hjertesekr., svagt + med syf. Ekstr. Σ 5.

27/6: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklart med tilblandede Pusstriber fra Cerviks: ÷ GK. Ingen Smerter i Underlivet.

28/6: Kplb. 2.

4/7: Sparsomt Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Pusblandet Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag. som tidligere, Udfyldningerne er dog mindre. Kun i v. Side nogen Ømhed. Rp. 914 + Bi.

18/7: Menses ophørt. Kplb. 4.

22/7: Atter lidt Vaginalblødning.

25/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklart Cervikalsekret: ÷ GK. Ingen Ømhed ved Indførelse af Spekulum eller ved Tryk med dette paa Collum i forskellige Retninger.

31/7: Der er ret rigelig purulent Sekretion fra Cerviks: ÷ GK. Lille Erosion paa Collum.

Nr. 14.

H. Pol. 2842/23. G. m. Arb. 25 Aar.

Syfilis 1923.

16/10 25: Klager over Smerter i Underlivet.

1926: Beh. paa Sundby Hosp. for Salpingitis, blev ikke opereret.

7/6 28: Kplb. 3. W.R. ÷.

14/6: Stadig af og til Smerter i Underlivet, samt Udflod efter Menses. Uretra: ÷ GK. Cerviks: ÷ GK.

24/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: nogen Ømhed og let Svulst af de v.-sidige Adnexa. Kplb. 0. W.R. ÷.

Nr. 15.

H. Pol. 1832/25. G. m. Maler. 31 Aar.
Syfilis 1915.

1916: Beh. paa Frederiksberg Hosp. for v.-sidig Salpingitis.

1920: En venstresidig Bartholinitis incideres.

1925: Serologisk Recidiv af Syfilis. Rp. 914 + Bi.

28/2 28: Begyndende venstresidig Bartholinitis. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

3/3: Intet Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Bartholiniten snarest mindre.

8/3: Mærker intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Rep. 914 + Bi.

8/11: Der føles en godt hasselnødstor spændt Cyste svarende til h. Gland. Bartholini; ved stærkt Tryk udtømmes chokoladefarvet Pus: ÷ GK. Svarende til v. Gland. Barth. føles en Infiltration samt en pussecernerende Fistel: ÷ GK. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus er sin.-poneret og let retroponeret, af naturlig Størrelse og Konsistens, noget fikseret af en knap lillefingertyk Stramning i v. Parametrium. Man kan ikke føle noget til v. Adnex; ingen Udfyldning til h.

7/12: Befinder sig nu helt vel. Kplb. 4. W.R. ÷, svagt + med syf. Ekstr. Expl. recto-vag.: Forholdene som 8/11, til v. en lillefingertyk Stramning, ingen Ømhed. H. Adnex er ganske lidt forstørret ikke ømt.*)

Nr. 16.

H. Pol. 1631/27. Ug. Paalæggerske. 21 Aar.
Scabies.
Eczema man.
Salpingitis.

25/4 27: Scabies.

7/1 28: Vædskende Eczem paa h. Haandryg.

13/2: Har nu ligget paa Kommunehosp. for Salpingitis. Kplb. 3. W.R. ÷.

20/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

7/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus føles anteflekteret, af naturlig Størrelse, maaske let fikseret. Der er intet tydeligt i Adnexa.

---

*) Senere Tilføjelse: GK. paavist fra Cerviks 10. Aug. 29.

Nr. 17.
H. Pol. 2222/27. Ug. Hasper. 18 Aar.
Syfilis 1927.
Salpingitis.
1925: Beh. for Salpingitis paa Rud. Berghs Hospital.
1926: Udflod behandlet med Vaginol.
10/6 27: W.R. 0.20.60.100. Rp. 914 + Bi.
27/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
18/7: Kplb. 3.
8/11: Kplb. 0. W.R. ÷. Bemærket lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
22/11: Kæresten har faaet Gon. Uretra og Cerviks. Ved Gramfarvning ses intracellulært lejrede, gramnegative Diplokokker af ikke helt typisk Udseende.

Nr. 18.
H. Pol. 3525/27. Ug. Husass. 20 Aar.
Obs. for Gon.
Salpingitis.
5/9 27: Har haft Udflod i Aarevis. For et Par Uger siden Underlivsbetændelse. Har endnu Smerter. Ingen Rødme af Vulva eller Collum. Ingen Bartholinitis. En lille Erosion paa Collum. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 7. Udeblevet.

Nr. 19.
H. Pol. 4191/27. Sep. Fabriksarb., 31 Aar.
Syfilis 1927.
1926: Salpingitis, beh. 6 Uger i Hjemmet.
25/10: 27: Mærker Udflod. Paa Portio en 1-ørestor Erosion. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
27/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
29/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
31/10: Ulcerationer paa Labia: + Spirochaete pall.
Rp. 914 + Bi.
24/1 28: W.R. ÷. Kplb. 2.
23/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Store Kondylomkonglomerater omkring Commissura anterior fjernes med skarp Ske.

Nr. 20.
H. Pol. 275/28. Ug. Husass., 22 Aar.
Salpingitis.
Obs. for Gon.
20/1 28: En Fødsel for et Aar siden. Menses i Orden. I de sidste 14 Dage Smerter i h. Fossa iliaca. Intet Sekret i Uretra; Slim fra Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus lidt større end normal, ikke øm. H. Tuba blyantstyk og tydelig øm. V. Tuba slank, uden Ømhed. Abdomen naturligt, fraset Ømhed over h. Ligament. Pouparti. Kplb. 6. Udeblevet.

Nr. 21.

H. Pol. 305/28 og Afd. H 181/28. Enke, 48 Aar.
Syfilis (ukendt Opr.).
Endometritis acuta.
Salpingitis.

23/1 28: Manden død paa St. Hans Hospital for 1¾ Aar siden (Syfilis?). Tre Børn lever og er raske. Ved intet om Venerea. Sidste Coitus 9/1 28. 5 Dage senere fik Pt. hvidligt-graat Udflod fra Vagina; dette er tiltaget, og Urinen blev uklar. Ingen Tegn til Syfilis. Purulent Udflod fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 9. W.R. 0.0.0.10.100. Σ 200.

Indlagt fra 8/2—30/3 28: Huden omkring Genitalia er stærkt pigmenteret. Ringe Udflod fra Uretra: ÷ GK. Orificium uteri er omgivet af en stor blødende Erosion. Rp. 606 + Bi.

13/2: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Menses adsunt.

15/2: Kplb. 10.

20/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: vanskelig, da Pt. spænder stærkt. Uterus anteflekteret, noget plump, men ikke øm. Ingen Ømhed eller tydelig Udfyldning til Siderne.

27/2: Purulent Sekret fra Cerviks: ÷ GK. Ved Expl. recto-vag. føles stadig ingen sikker Udfyldning i Parametriet, men Uterus er stor, plump og noget øm, navnlig i v. Side, muligt p. Gr. af en fra Uterus ikke afgrænselig Udfyldning i Ligamentet.

1/3: Purulent Sekret fra Uretra: ÷ GK. Pusblandet fra Cerviks: ÷ GK. Der er Rødme af Vaginalslimhinden og Erosion paa Portio. Pt. oplyser at have haft Coitus med gonorrhoisk Mand 6/1 28.

5/3: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Purulent fra Cerviks: ÷ GK.

12/3: Afskrab fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

13/3: Kplb. 8.

15/3: W.R. 0.0.0.0.10.100.

18/3: Kplb. 7.

27/3: Kplb. 7. W.R. 0.0.0.10.100.

Fra 25/9—10/11 behandledes Pt. paa St. Lucas-Stiftelsen for Endometritis + Salpingitis. Der gjordes Abrasio mucosæ uteri. Mikroskopisk Diagnose: Endometritis acuta. Expl. recto-vag. (ved Udskrivelsen): Uterus anteflekteret, fikseret. Bagved og til h. for Uterus føler man et betydeligt 2—3 Fingerbredder tykt Eksudat; det kan følges lige fra Uterinhjørnet ned i Fossa Douglasi.

12/2 29: Kplb. 7. W.R. 0.10.100.

Nr. 22.

H. Pol. 847/28. G. m. Tjener, 21 Aar.
Salpingitis chron. dupl.
Obs. for Gon.

28/2 28: Manden lider af Kønssygdom. Pt. behandledes i September 1927 paa Sundby Hosp. for Salpingitis. Mærker Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1. W.R. ÷. Expl. recto-vag.: Uterus af naturlig Størrelse, let rektroflekteret og noget øm for Tryk. Til h. for Uterus en ubestemt afgrænset, ret fast Udfyldning, kun lidt øm, fikserende Uterus; i Udfyldningen synes man at kunne isolere en stærkt fortykket og bugtet Salpinx.

6/3: Har i de sidste 14 Dage smaablødt hele Tiden. Uretra: ÷ GK. Kplb. 1.

8/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag. (paa gynækologisk Konsultationsstue): Til begge Sider for Uterus mere end tommelfingertykke, ret indolente Adnexudfyldninger — Salpingooophoritis chronica duplex. Kplb. 2. Udeblevet.

Nr. 23.

H. Pol. 1188/28 og Afd. 510/28. Ug. Syerske, 20 Aar.
Kondylomata.

22/3 28: Henvises fra gynækologisk Konsultationsstue, hvor hun har gaaet til Behandling for »Betændelse omkring Livmoderen«. Et lille Kondylom i Commissura post. afklippes.

Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.

Indlagt fra 12/7—3/9 28. Lider stadig af Udflod og store Kondylomer. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5. W.R. ÷.

18/7: Kondylomerne afskrabes.

26/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Klart Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus let retroverteret, fikseret, kan ikke rettes op. Intet i v. Adnex, men til h. for Uterus føles et nedsunket, iøvrigt naturligt Ovarium. Forholdene m. H. t. h. Salpinx kan ikke uddifferentieres nøjere. Ingen væsentlig Ømhed.

2/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

13/8: Kplb. 3. Urinmikroskopi viser ingen patologiske Bestanddele.

16/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

18/8: Expl. recto-vag.: som 26/7.

21/8: Kplb. 0.

23/8: Blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK.

30/8: Kplb. 0. Pirquet ÷.

Nr. 24.

H. Pol. 2348/28. G. m. Inkassator, 35 Aar.
Syfilis 1913.
Urticaria.

14/6 28: Pt. har nylig ligget paa Kbhvn.s Amtssygehus i Gentofte for Salpingitis. Har nu Urticaria. Kplb. 3. W.R. 40.100. Σ 5.

23/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Skal nu opereres for Salpingitis.

Nr. 25.

Afd. C. 69/V 27. Ug. Pige, 24 Aar.

Indl. 30/3; udskr. 25/5 27.

Salpingitis.

29/3: Pludselig Smerter langt nedadtil i h. Side af Underlivet; samtidig Opkastninger og Tp. 38,8. Ret stærk Ømhed lige over h. Lig. Poup. Expl. recto-vag.: Øm Udfyldning til v. og bag Uterus. Rp. Hede Rektaldoucher.

2/4: W.R. ÷.

12/4: Sekret fra Vagina: ÷ GK. Slim fra Cerviks: ÷ GK., + Leukocyter. Expl. recto-vag.: Uterus normalt lejret, ikke forstørret. Begge Salpinges tommelfingertykke og meget ømme. Udfyldningen i Fossa Douglasi er forsvundet.

24/4: Der er Blødning fra Orificium uteri. Expl. recto-vag.: Svulsten af v. Salpinx er mindre, men h. Salpinx er endnu stærkt svullen, og Udfyldningen strækker sig lidt om bag Uterus.

6/5: Purulent Slim i Orif. uteri: ÷ GK. Salpinges nærmest som sidst. Den v. kun lidt infiltreret, den h. ret fast endnu. De er ikke videre ømme.

16/5: Kplb. 4.

19/5: Erosion paa Portio. Uterus er af normal Størrelse og Lejring. Bag Uterus føles en Udfyldning, og h. Salpinx er nu kun som en blyanttyk Streng, ikke videre øm, medens v. Salpinx er fingertyk, men kun lidt øm.

Nr. 26.

Afd. C. 1/XI 28. G. m. fhv. Afd.-leder.

Indl. 15/12 27; udskr. 1/2 28.

Syfilis 1926.

Salpingitis duplex.

En normal Fødsel for 2½ Aar siden. For 14 Dage siden Smerter i Abdomen, Kvalme, Tp. 39 °. De sidste Dage lidt Udflod fra Vagina. Der er Ømhed i h. Fossa iliaca.

16/12 27: Expl. recto-vag.: Portio ganske kort, næsten udslettet. Orif. ikke gabende; man kan ikke føle Corpus, men bagpaa Uterus, prominerende stærkt mod Rektum, finder man en godt hønseægstor, blød, fluktuerende Udfyldning. Til v. for Uterus er der diffus Svulst af Parametriet, men ingen afgrænselig Udfyldning; derimod føler man til h. en betydelig Udfyldning, der staar i Forbindelse med den omtalte Udfyldning bagved Uterus. Sekret fra Uretra og Vagina: ÷ GK. + Leukocyter.

18/12: W.R. ÷. Kateterurin: ÷ Bakterier, + faa Leukocyter.

22/12: Expl. recto-vag. = 16/12: Stor Udfyldning bag Uterus, strækkende sig bagud og til h. i Bækkenet, som den udfylder en stor Del af. Rp. Ichtyol-suppositorier.

30/12: Expl. recto-vag.: Udfyldningen bag Uterus er slappere

og langt mindre øm. Udfyldningen t. h. er aftaget, medens der synes at være mere Svulst af v. Adnex. Rp. Hede Rektaldoucher.

16/1 28: Kplb. 6.

21/1: Erosion paa Collum. Portio fast. Expl. recto-vag.: Udfyldning bag Uterus, der er midtstillet. Til v. er der frit, og der er ingen Udfyldning, men nogen Ømhed. Til h. endnu Stramning og en Udfyldning.

1/2: Sekret fra Uterus og Cerviks: ÷ GK., + Leukocyter. Expl. recto-vag.: Uterus normal, ingen Udfyldning, ingen Ømher til Siderne; h. Uterinhjørne maaske lidt fortykket.

Nr. 27.

Privat 17/26. G. m. Musiker, 28 Aar.
Syfilis 1926.
Salpingitis chron.

Beh. paa Garnisonssygehus for Salpingitis i 1924.

21/6 26: Stort syfilitisk Udslet, W.R. 0.0.0.0.10.100. Σ 450.
Rp. 914 + Bi.

2/12: Ikterus catarrhalis. W.R. ÷.

27/3 28: W.R. ÷. Beskyldt for Smitte med Gonorrhoe. Har til Stadighed Smerter og Udflod efter Menstruationen. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Pusblandet Sekret fra Cerviks: ÷ GK.

30/3: Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus fikseret af en lidt øm Stramning i v. Adnex. Kplb. 3.

15/3: Indlagt paa Garnisonssygehus for Salpingitis.

6/6: Død der af Erysipelas faciei.

Nr. 28.

H. Pol. 2197/27. Ug. Husass., 27 Aar.
Obs. for Gon.

7/6 27: Er opereret for Salpingitis for 8 Aar siden. Frygter ny Smitte. Purulent Udflod fra Uretra og purulent Slim fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

15/6: Menses adsunt. Udeblevet.

Nr. 29.

H. Pol. 1003/28. G. m. Musiker, 28 Aar.
Herpes genitalis.
Seqv. salpingekt.

8/3 28: Ved intet om venerisk Sygdom. Er opereret for Salpingitis for 1½ Aar siden. I 14 Dage bemærket Udslet paa Genitalia. Paa Mons Veneris ses paa et 1-ørestort Parti skorpedækkede Rester af en indtørret Herpes; i v. Ingven en ganske lille øm Glandel. Afskrab fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

Nr. 30.

H. Pol. 1561/28. Ug. Husass., 22 Aar.
Obs. for Gon.

18/4 28: Opereret for Salpingitis i Flensborg i Efteraaret 1927. Mærket Udflod i 2 Maaneder. Ingen Smerter. Afskrab fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3. W.R. ÷.

26/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Ingen Ømhed eller Udfyldninger. Udeblevet.

Nr. 31.

H. Pol. 2441/28. Ug. Husbestyrerinde, 37 Aar.
Syfilis 1918.
Dermatit. artif.

22/6 28: Behandlet paa K. H. IV Afd. i 1918 for Syfilis. W.R. ÷ for 2 Aar siden. Pupillerne reagerer for Lys. Paa Overarme og i Ansigt en kløende Dermatitis. W.R. ÷.

Opereret for Salpingitis i 1925. Kplb. nu 2.

29/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udeblevet.

Nr. 32.

Afd. C. 7/XI 27. Ug. Husass., 23 Aar.
Indl. 15/8; udskr. 4/11 27.
Adhæsiones intraabd.
Seqv. salpingektom. dupl.
Seqv. appendektomiæ.

I 1925 foretoges paa Afd. C Appendektomi og dobbeltsidig Salpingektomi. Operationen vanskeliggjordes paa Grund af betydelige Adhærencer i det lille Bækken, der loddede det hele sammen i een Klump. Ovarierne, der var smaa, cystisk degenererede, fjernedes ikke, da de ikke syntes Sæde for betydelige Betændelsesprocesser. Sekret fra Vulva og Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷.

Derefter Velbefindende indtil Februar 1927, da hun begyndte at faa Smerter i v. Side af Underlivet, navnlig ved Gang; har ikke kunnet passe sit Arbejde. Underlivet føles udspilet. Menses er uregelmæssige.

25/8 27: Gynækologisk Undersøgelse: Der staar meget Pus i Vagina; det strømmer ud fra Orificium uteri. Expl. recto-vag.: Uterus er af normal Størrelse, midtstillet, anteflekteret; der er fuldkommen frit til v. for den, men til h. føler man en øm, ret bred Stramning. Sekret fra Cerviks: ÷ GK. Rp. Supp. Ichtyoli.
Hede Rektaldoucher. Vaginaludskylninger.

7/10: Expl. recto-vag.: Der staar noget Pus i Bunden af Vagina, dog ikke særlig meget. Der angives Ømhed i begge Parametrier, men der føles intet abnormt i v. Side; derimod findes paa h. Side stadig den omtalte Streng, som imidlertid ikke er strammet.

22/10: Expl. recto-vag. som tidligere. Cervikalsekret: ÷ GK.

31/10: Kplb. 3.

Nr. 33.

Afd. C. 58/XII 27. Ug. Husass., 24 Aar.

Indl. 2/6; udskr. 22/7 27. Indl. 30/7; udskr. 24/8 27. Indl. 26/11; udskr. 21/12 27.

Oophoritis sin.
Endometritis.
Phlebitis cruris dx.

Behandledes i 1924 paa Afd. C for Salpingo-Oophoritis duplex; der var Udflod fra Vagina og Smerter i Underlivet. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Der gjordes Salpingektomia sin., Salpingo-Oophorektomia dx.

Atter indlagt i 1925 paa Grund af Udflod og stadige Smerter. Diagnose: Endometritis. Der gjordes Abrasio mucosæ uteri.

Indlægges nu, da der stadig er kolikagtige Smerter i v. Fossa iliaca ved Arbejdet; kan ikke passe sit Arbejde. Der er stærkt Udflod fra Vagina.

13/6 27: Expl. recto- vag.: Portio er plump, men iøvrigt naturlig. Uterus er let forstørret, fast, anteverteret og -flekteret. H. Parametrium fuldstændig frit, v. ligeledes med Undtagelse af, at man helt inde med Bækkenvæggen føler Ovariet, som ikke synes forstørret. Intet abnormt ved Cystoskopi og Ureterkateterisation.

10/7: I Æternarkose gøres Expl. recto-vag.: Collum noget plump og forstørret. Corpus føles ligeledes forstørret, ret haardt, men uden Ujævnheder; det ligger midt imellem Ante- og Retrofleksion. Der føles intet abnormt til Siderne for Uterus, bortset fra de manglende Adnexa; kun v. Ovarium føles, af nat. Størrelse, helt ude ved v. Bækkenvæg. Der gøres

Abrasio mucosæ uteri.

16/7: Kplb. 2.

I August: Phlebitis cruris dx.

26/11: Pt. har stadig ildelugtende Vaginaludflod samt Smerter af lignende Karakter som tidligere. Expl. recto-vag. som tidligere, blot føles et fingertykt infiltreret Parti til v. for Uterus.

2/12: Der gøres atter Abrasio mucosæ uteri. Mikroskopisk Diagnose: Endometritis chronica.

12/12: Kplb. 0.

Nr. 34.

Afd. C. 21/I 28. Enke e. Maskinmester, 33 Aar.

Indl. 26/11 27, udskr. 13/1 28.

Hydrosalpinx dx.
Pelveoperitonitis.

I August 1927 pludselig meget voldsomme Opkastninger, Diarrhoe og Tp. 39°. Samtidig lidt Udflod fra Vagina. Menses meget langvarige.

28/11 27: Expl. recto-vag.: Portio ganske blød og næsten ud-

slettet. Uterus gaar i eet med en gaaseægstor, blød, kun lidt øm Udfyldning, som strækker sig fra lidt til v. for Midtlinjen og herfra udfylder hele h. Side af Bækkenet og ogsaa føles ned til h. for Rektum. I Bækkenets v. Side føles ingen Udfyldning, men kun en let Fortykkelse af v. Salpinx. Hvor meget af den store Udfyldning er Uterus, kan man ikke afgøre; men paa Grund af Udfyldningens dybe Leje og Bredde ud mod Bækkenvæggen maa man formode, at en Del ligger extrauterint. Udfyldningen kan vel fattes bimanuelt, men en gravid Uterus i 3. Maaned føles dog tydeligere og mere mobil. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

30/11 findes ved Expl. recto-vag., en omtrent knythaandstor Udfyldning til h. for Uterus.

3/12: Laparotomi. Bækkenet er udfyldt af den omtalte Udfyldning, og det forstørrede Corpus uteri er adhærent til Bækkenperitoneum og Rektum, saa det hele danner en sammenhængende Masse, hvori man kan skelne Uterus og v. Salpinx. H. Ovarium og den cystiske Tuba fjernes. Mikroskopisk Diagnose: Salpingo-oophoritis subacuta (Pyovarium). Ingen Tegn til Tuberkulose eller Malignitet.

20/12: Kplb. 5.

Nr. 35.

H. Pol. 1819/27. Ug. Kontormedhj., 20 Aar.
Syfilis 1927.
Obs. for Gon.

9/5 27: Behandlet paa K. H. IV. Afd. i Marts 27 for Syfilis. W.R. ÷. Rp. 914 + Bi.

29/12: Har Feber og Smerter i Underlivet. Expl. recto-vag.: intet abnormt. Kplb. 2.

5/1 28: Kplb. 3. W.R. ÷.

19/1: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Uklar Cervikalslim: ÷ GK.

25/1: Afskrab fra Uretra: »intet sikkert ved Gramfarvning«. Sekret fra Cerviks: ÷ GK.

23/2: Sekret fra Uretra: ÷ GK. Purulent Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag.: lidt Stramning og ubetydelig Ømhed i v. Parametrium, ellers intet særligt.

29/3: Kplb. 1. W.R. ÷.

16/6: Kplb. 0. W.R. ÷.

27/9: Kplb. 0. W.R. ÷.

Nr. 36.

H. Pol. 1403/28. Ug. Husass., 20 Aar.
Parametritis sin.

10/4: Behandles paa medicinsk Afd. for Erytema nodosum og Parametritis sin. (diagnosticeret paa gynækologisk Konsultationsstue). Kplb. (2/3) 2.

Smerterne i v. Fossa iliaca er nu svundne. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Pusstribet Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus trukket opad og til v. V. Parametrium noget fortykket og stramt; ingen Ømhed. Kplb. 3.

Nr. 37.

H. Pol. 2146/27. G. m. Chauffør, 20 Aar.
Syfilis (ukendt Opr.).
Bartholinitis.

1/6 27: Paa Fødselsstiftelsen er fundet W.R. 0.0.0.20.100.
Rp. 606 + Bi.

25/10: Klager over Svulst omkring Genitalia. Stor v.-sidig Bartholinitis, der incideres, hvorved udstrømmer en stor Mængde grønlig, stinkende Pus: ÷ GK. Sekret fra Uretra: ÷ GK.

31/10: Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4. WR. 20.60.100.

16/1 28: Kplb. 0. W.R. ÷. Σ 5.

4/6: Klager over Smerter ved Vandladningen; der ses nogle Herpeselementer paa begge Lab. min.

21/6: Stadig lidt Udflod og Svien ved Vandladningen. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

28/6: Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

Nr. 38.

H. Pol. 1371/28. Ug. Fabriksarb., 20 Aar.
Obs. for Gon.

4/4: Frygter Gon., Kæresten har en saadan. Uretra: ÷ GK. Menses adsunt.

13/4: Uretra: ÷ GK. Der er Ødem af v. Lab. maj. og let Svulst svarende til v. Gland. Bartholini, hvor der ses en linsestor Fistelaabning svarende til Udførselsgangen. Intet at udtrykke. Kplb. 4.
Udeblevet.

Nr. 39.

H. Pol. 3989/25. Ug. Arb., 28 Aar.
Syfilis 1925.
Obs. for Gon.

18/1 26: Klager over Smerter ved Vandladningen. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. W.R. 60.100.

8/8 27: Klager over Udflod og Byld i Skridtet. Der ses en Abscessus ad anum, der incideres. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

19/9: Klpb. 7.

26/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.

17/9 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

24/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. WR. ÷.

11/10: Kplb. 3. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Ovarierne godt valnødstore, ikke ømme, iøvrigt intet abnormt.

Nr. 40.

H. Pol. 1741/26. Ug. Husass., 23 Aar.

Syfilis 1926.

30/6 27: Der er nogen Udflodsdermatitis samt pseudosyfilitiske Papler opadtil paa Lab. maj. samt paa Clitoris.

20/7: Et Par smaa Kondylomer i Vulva. Lille Erosion paa Portio. Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

3/11: W.R. ÷.

19/4 28: Kæresten har faaet Gon. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

26/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

10/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: naturlige Forhold. W.R. ÷. Kplb. 0.

Nr. 41.

H. Pol. 1965/27. Ug. Ekspeditrice, 16 Aar.

Obs. for Gon.

19/5: Frygter Smitte. I de sidste Uger Vaginalflod. Stor Erosion paa Collum. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Purulent Cervikalsekret: ÷ GK. Kplb. 2.

30/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

13/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1.

27/6, 11/7, 8/8 og 29/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

19/9: Rødme af Vulva og Collum, stor Erosion. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

7/11: Mærker intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Nr. 42.

H. Pol. 2322/27. Ug. Strygerske, 35 Aar.

Obs. for Gon.

16/6: Formoder sig smittet. Har haft lidt Udflod i mange Aar, i de sidste Dage betydeligt mere. Intet fra Gland. Barth. Femørestor Erosion omkring Orificium. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Blakket Cervikalsekret: ÷ GK.

20/6: Kplb. 3.

8/8, 29/8, 29/9, 9/11 og 16/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Nr. 43.

H. Pol. 2765/27. G. m. Arbmd., 27 Aar.

Syfilis 1927.

15/7: Frygter Smitte. Manden behandles her for Gon. W.R. 0.0.20.60.100. Rp. 606 + Bi.

17/9: Klager over Udflod. Rødme af Vulva, Afskrab fra Ure-

tra ÷ GK. Blødende Erosion paa Collum; stærkt purulent Udflod fra Cervikalkanalen: ÷ GK. Kplb. 3. Udeblevet.

20/8 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus lille, bevægelig; Adnexa nat., ingen Ømhed.

Nr. 44.

H. Pol. 3599/27. Ug. Kontorelev, 20 Aar.
Obs. for Gon.

10/9: En Del Udflod i de sidste to Maaneder. Er beskyldt for at have smittet med Gon. for tre Dage siden. Der er Ødem af Lab. min., intet i Gland. Barth. Purulent Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Lille Erosion omkring Orificium. Slimet Cervikalsekret med enkelte Pusstriber: ÷ GK. Kplb. 4. W.R. ÷. Udeblevet.

Nr. 45.

H. Pol. 1573/28. Ug. Husass., 23 Aar.
Obs. for Gon.

19/4: Har i mange Aar lidt af Udflod, aldrig Partus eller Abort. Stor Erosion paa Collum, men næsten klart Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus opretstaaende, let retroverteret, af nat. Størrelse, ikke øm, trukket lidt over til h. Side; maaske lidt Fortykkelse og Stramning af Ligamentet, men ingen Ømhed. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Kplb. 2.

27/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

5/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Klager over Smerter.
Udeblevet.

Nr. 46.

H. Pol. 1008/26. Ug. Husass., 27 Aar.
Obs. for Gon.

22/3 26: Udflod i 8 Dage. Svien ved Vandladningen, der er noget hyppig, Uretra og Cerviks: ÷ GK.

23/3: Skal for 8 Dage siden have haft en Knude i h. Lab. maj. Intet Udflod fra Uretra: ÷ GK. Rigeligt purulent Udflod fra Cerviks: ÷ GK. Stærke Kradsningsmærker omkring Anus.

31/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

25/2 28: Der skal være en Del Udflod: stor vædskende Intertrigo omkring Anus. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

3/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udeblevet.

13/9: Indlagt paa Rud. Berghs Hosp. for Syfilis.

Nr. 47.

H. Pol. 2203/27. Ug. Husass., 22 Aar.
Syfilis 1925.
Obs. for Gon.
Herpes genital.

7/6: Frygter ny Smitte. Der er nu nogen Ømhed i Vulva, hvor der ses nogle smaa herpeslignende Erosioner. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. W.R. ÷.

13/6: Purulent Sekret fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

23/6: Stadig en Del purulent Sekretion fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udeblevet.

Nr. 48.

H. Pol. 4120/27 og Afd. H. 607/27. Ug. Husass., 25 Aar.

Indl. 1/9; udskr. 13/10 27.

Syfilis 1927.
Elytritis.
Kondylomer.

1/9: Stort syfilitisk Udslet. Afskrab fra Uretra: ÷ GK.
Rp. 914 + Bi.

26/9: Kplb. 5. W.R. 0.0.60.100.

3/10: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Purulent Slim fra Cerviks: ÷ GK.

4/10: Kplb. 2.

6/10: Der er rigeligt purulent Udflod og intens, diffus Rødme af Collum og hele Vaginalvæggen. Sekretet fra Uterus er slimet, diffust pusblandet: ÷ GK.

10/10: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Næsten klar Slim fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

4/6 28: Kplb. 0. W.R. 20.100.

Nr. 49.

H. 296/28. Ug. Elev, 15 Aar.

Indl. 14/4; udskr. 11/5 28.

Kondylomata.
Nefritis.

Der er Udflod samt Kondylomer omkring Introitus. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Urin: + Albumin, + Pus.

15/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

16/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Kplb. 1. W.R. ÷.
Kondylomerne afklippes.

23/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

25/4: Kplb. 2.

3/5: Blakket Sekret fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

Nr. 50.

H. Pol. 1441/27. Ug. Fabriksarb., 27 Aar.

Obs. for Gon.

9/4: Har født to Gange. Bemærker nu Udflod. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Intet i Gland. Barth. Hvidligt Slim fra Cerviks: ÷ GK.

25/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5. Udeblevet.

Nr. 51.
H. Pol. 1930/27. Ug. Paalæggerske, 19 Aar.
Obs. for Gon.
16/5: Mener at have Gon.; Kæresten havde en saadan for en Maaned siden. Har selv haft Udflod i en Maaned; er gravid i 6. Maaned. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Rigeligt blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2. Udeblevet.

Nr. 52.
H. Pol. 2599/27. Ug. Elev, 17 Aar.
Obs. for Gon.
5/7: Sparsomt Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Der er ret betydelig Elytritis. Cervikalsekret: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus er anteflekteret, mobil, ikke tydelig forstørret. (Menses udeblevne). Kplb. 2.
12/7: Der er stadig en Del Rødme og Irritation baade omkring Uretra og Introitus vaginæ. Sparsomt, ikke purulent Sekret fra Uretra og klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.
26/7 og 9/8: ÷ GK. fra Uretra og Cerviks.
23/8 og 30/8: ÷ GK fra Uretra og Cerviks. W.R. ÷.
13/9: ÷ GK. fra Uretra og Cerviks. Let Rødme af Collum. Kplb. 2.
11/10: ÷ GK. fra Uretra og Cerviks. Kplb. 0. Udskrives.

Nr. 53.
H. Pol. 2692/27. Ug. Bogbinderske, 30 Aar.
Obs. for Gon.
11/7: Har bemærket Udflod i to Maaneder. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.
16/7: Uretra: ÷ GK. Kplb. 3.
25/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3. Udeblevet.

Nr. 54.
H. Pol. 3315/27. Ug. Fabriksarb., 24 Aar.
Obs. for Gon.
23/8: Frygter Smitte med Gon. En Del Udflod. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK.
29/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Collum noget rød. Kplb. 2. Udeblevet.

Nr. 55.
H. Pol. 2378/28. Ug. Husass., 20 Aar.
Obs. for Gon.
18/6: Lidt af Udflod i ½ Aar; for en Maaned siden behandlet paa Hosp. for Ischias. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.
6/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: nat. Forhold.
30/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1. Udeblevet.

Nr. 56.

Afd. C. 18/XI 28. Ug. Husass., 23 Aar.
Indl. 10/5; udskr. 16/6 27.
Atter indl. 8/9 27; udskr. 8/2 28.

Ostitis tub. humeri.

I 1920 »Gigtfeber« med Recidiv en Maaned senere.

Ved Indlæggelsen fandtes en Fistel i v. Skulderregion efter en for 1 Aar siden foretaget Resektion af Leddet paa Grund af Ankylose.

I August fik Pt. efter Søbad pludselig stærke Smerter i v. Fossa iliaca samt Feber 39. Smerterne holdt sig i 14 Dage, og der kom samtidig gulligt Udflod fra Vagina.

3/10: Kplb. 4.

13/10: Slim fra Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus skævt liggende, med Fundus over til h. og Portio til v., men den er ganske mobil, og man føler ingen Udfyldninger til Siderne.

18/12: Kplb. 2.

24/1 28: Kplb. 1.

Nr. 57.

H. Pol. 723/21. G. m. Skomager, 40 Aar.

Syfilis 1905.

28/7 24: Manden lider af Gon. Ønsker sig undersøgt. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

4/5 25: Er bange for at have Gon. Uretra og Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷.

24/8 27: Beskyldt for Smitte med Gon. Har ikke selv mærket Symptomer, Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3. W.R. ÷.

5/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

4/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Nr. 58.

H. Pol. 4043/26. Sep. ♀ 41 Aar.

Syfilis (ukendt Opr.).

4/11: Oplyser at Manden tre Gange i Ægteskabet er blevet inficeret med Gon.; selv skal Pt. aldrig have fejlet noget. W.R. 0.20.100. Rp. Bi.

5/9 27: Kplb. 4. W.R. 20.100.

13/9: Slimet Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

Nr. 59.

H. Pol. 4441/27. Ug. Husass., 28 Aar.

Obs. for Gon.

10/11: Beskyldt for Smitte med Gon. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

16/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udeblevet.

Nr. 60.
H. Pol. 589/28. G. m. Snedker, 33 Aar.
Obs. for Gon.
13/2: Manden gaar til Behandling for Kønssygdom. Mærker selv intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷.
22/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6. Udeblevet.

Nr. 61.
H. Pol. 1899/28. G. m. Arbmd., 40 Aar.
Obs. for Gon.
12/5 28: Manden behandles her for Gon. Pt. vil intet kende til Venerea. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
23/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 8.
30/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. reto-vag.: ingen Ømhed eller Udfyldning.
6/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.
4/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udeblevet.

Nr. 62.
H. Pol. 2783 A/27. G. m. Arbmd., 44 Aar.
Obs. for Gon.
16/7: En Datter er indlagt her paa Afdelingen for Vulvitis gonorrhoica. Pt. benægter Venerea. Kplb. 3. Udeblevet.

Nr. 63.
H. 458/27. 16-aarig Pige.
Indl. 28/6; udskr. 26/7 27.
Pityriasis simplex capill.
Eczematiseret Pityr. simpl. paa Ansigt og Hænder.
Lokal Prurigo i v. Albuebøjning (Obs. f. Prurigo Besnier).
Tidligere rask. Menses fra 13 Aars Alderen, sædvanlig af 6 Dages Varighed med 2—3 Ugers Intervaller. Hudlidelsen svandt under Behandling med forskellige Tjærepræparater. Urin uden abnorme Bestanddele. Kplb. 2.

Nr. 64.
H. 537/27. Fhv. Pensionatsværtinde, 57 Aar.
Indl. 3/6; udskr. 6/9 27.
Lupus erytemat.
Har i flere Aar lidt af »Mavesaar«. Menopausen indtraadt for 6—7 Aar siden. I eet Aar har Pt. lidt af L.erytematodes i Ansigtet; Udslettet er nu meget irriteret. Affektionen bedredes under Behandling med 17 Guldklorid-injektioner, stigende fra 1 til 5 milligram, samt Pill. extr. Valer. 0,15, 3 P. x 3 daglig.
18/7: Kplb. 4.

Nr. 65.
H. 584/27. Ug. Husas., 17 Aar.
Indl. 12/9; udskr. 27/9 27.
Syfilis congenita.
Puerperium.
Seqv. poliomyelitidis.
»Børnelammelse« i 4 Aars Alderen. Syfilis konstateret, da Pt. for 10 Maaneder siden søgte Læge for Hovedpine og Besvimelsesanfald. Pt. har født et fuldbaaret Barn 30/8 27.
13/9: Der er Hutchinson'ske Tænder. W.R. ÷.
26/9: Der er stadig Blødning efter Fødslen. Kplb. 2.

Nr. 66.
H. Pol. 2890/19. G. m. Sømand, 24 Aar.
Syfilis ca. 1913.
31/1 27: Patienten er gravid i 7. Maaned. W.R. 20.100. Kplb. 2.
Rp. 914 + Bi.
8/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Nr. 67.
H. Pol. 3118/26. Husbestyrerinde, 42 Aar.
Syfilis 1926.
20/1 28: W.R. ÷. Kplb. 3.
15/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: naturlige Forhold.
16/8: W.R. ÷. Kplb. 1.

Nr. 68.
H. Pol. 3527/27. Ug. Husbestyrerinde, 22 Aar.
Syfilis 1927.
Trichofytia antibrach.
29/12: Paa h. Underarm en godt 2-Kronestor infiltreret Plet: + Svampe.
5/3 28: W.R. ÷. Kplb. 2.

Nr. 69.
H. Pol. 131/28. Enke, 33 Aar.
Erytema nodosum.
10/1: For 14 Dage siden blev Pt. syg med Smerter i h. Side af Abdomen samt Hovedpine. Faa Dage efter fremkom meget ømme, blaarøde Knuder paa Crura. Pt. klager endvidere over Feber og Ledsmerter. Kplb. 2. W.R. ÷.

Nr. 70.
H. Pol. 157/28. Ug. Husass., 17 Aar.
Obs. for Morb. venereus.
12/1: Ønsker sig undersøgt, da hun i Midten af December

har haft Coitus med en Mand, der led af venerisk Sygdom. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

19/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Cervikalslimen er klar. Kpl. 3. W.R. ÷.

25/1 og 9/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Patienter af Gruppen »Gonorrhoea antea«.

Nr. 71.

H. Pol. 2859/23. G. Arbejder, 27 Aar.

Syfilis 1923.
Gonorrhoe 1925.
Prostatitis.

7/10 25: Klager over Svie ved Vandladningen, ubetydeligt Afskrab: + GK. Rp. Lapis 1—10,000.

15/10: Udfloddet næsten ophørt. Urin klar med Smaatraade i første Portion.

3/11: Har nu i et Par Dage følt sig daarlig og febril, har Smerter i Underlivet og i Rektum, ledsaget af stærk og hyppig Vandladningstrang. Expl. rect.: Der er betydelig Svulst af v. Prostatahalvdel. Rp. Hede Rektaldoucher.

6/11: Meget betydelig og øm Svulst af hele Prostata.

7/11: Ubetydelig Blødning fra Rektum. W.R. ÷.

9/11: Afskrab: ÷ GK. Prostata allerede en Del mindre og kun lidt øm.

17/11: Prostata og navlig v. Vesicula seminalis er stærkt forstørert.

30/11: Expl. rect. viser nu paa det nærmeste naturlige Forhold. Urin endnu let uklar med enkelte Traade i første Portion.

15/12: Intet Udflod. Urin klar uden Traade. W.R. ÷.

28/12: Lidt Udflod. Urin uklar i begge Portioner.

1/2 26: Urin klar. Sep. Beh.

4/3: Intet Udflod. Urin klar med enkelte Traade i første Portion.

24/6: Udfloddet ophørt. Urin klar uden Traade.

Udskr. for Gonorrhoe.

16/5 27: Urinrørsmundingen tør. Urinen spejlblank. Prostata føles meget stor, men uden Ømhed eller Knuder. Kplb. 2. W.R. ÷.

Nr. 72.

H. Pol. 1801/26. Kelner, 23 Aar.

Gon. II.

27/5 26: To Gange tidligere Gon. Nu atter purulent Udflod

i 6 Dage: ÷ GK. Urin I diffus uklar. Urin II klar med Smaatraade. Rp. Lapis 1—10,000.
8/7: Endnu noget Udflod. Urin nærmest klar i I og II.
15/7: Urin klar uden Traade. Sep. Beh.
10/9: Uretra tør. Urin klar.
23/5 27: Talrige Morpioner. Kplb. 2.

Nr. 73.
H. Pol. 2042/26. Kontorist, 22 Aar.
Gon. I.
15/6 26: Sidste Coitus for 4 Dage siden. Purulent Udflod i 3 Dage: + GK. Urin I let uklar, Urin II klar. Rp. Lapis 1—10,000.
1/7: Stadig rigeligt Udflod. Har drukket Spiritus.
27/7: Endnu ubetydeligt Udflod. Urin klar med Smaatraade i I.
30/8: Stadig noget Udflod. Urin uklar.
24/9: Urin I uklar med smaa purulente Traade, Urin II klar.
27/10: Udfloddet stadig ret betydeligt. Urin I let uklar, II klar.
17/12: Nu kun ringe Udflod. Urin klar med Smaafnug i I.
22/1 27: Mærker stadig Udflod. Urin klar med Fnug i I.
31/3: Uretra tør. Urin klar, uden Traade.
9/6: Ubehandlet i 1 Maaned. Intet objektivt.
20/6: Kplb. 3.
7/7: Stadig intet Tegn til Gon. Urin klar, uden Traade. Kplb. 4.
23/7: Urinen er glasklar. Expl. rect.: Angiver Ømhed af v. Prostatahalvdel, men der føles intet sikkert abnormt. Intet Exprimat.
15/8: Uretra tør.
5/9: Intet mærket. Kplb. 3.
12/9: Urin glasklar.

Nr. 74.
H. Pol. 191/27. Maskinarb., 19 Aar.
Gon. I.
Akne faciei.
14/1 27: I 3—4 Dage purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin diffus uklar i I, II klar. Rp. Lapis 1—20,000.
27/1: Der er Vanskeligheder ved Sprøjtningen, da Præputium er meget snæver. Udeblevet.
7/4 28: Udtalt Akne i Ansigtet. Intet Udflod. Urin uklar, uden Traade. Udskr. for Gon.
20/4 28: Kplb. 2.
27/4: Urin klar.

Nr. 75.

H. Pol. 2689/27. G. Arbejder, 32 Aar.
Gon.

11/7 27: Behandlet her for Gon. II fra 10/6 til 24/12 1921; herunder paavistes et blødt periuretralt Infiltrat 15 cm fra Orificium, idet Knopbougie Nr. 15 standsedes her; det lykkedes efterhaanden at føre Bougie Nr. 21 igennem, omend lidt trangt. Tre Aar tidligere var Pat. behandlet for Gon. I i Provinsen.

Afskrab: ÷ GK., men + en Del kokformede Bakterier i Hobe. Urin I uklar, II klar. Rp. Sublimat 1—20,000.

8/8: Stadig lidt graalig Slim: ÷ GK. Urin er klar, med Fnug i I.

22/8: Stadig lidt Morgenudflod. Urin klar i begge Portioner uden Traade. Kplb. 2.

5/9: Graaligt slimet Udflod: ÷ GK., + Leukocyter. Urin I lidt uklar, II klar. Sep. Beh.

19/9: Morgenudflod: ÷ GK. Kplb. 0.

3/10: Stadig ingen Tegn paa Gon. Udskrives.

28/1 28: Hyppig Vandladning og Smerter ved Slutningen af denne, men intet Udflod; Afskrab: ÷ GK. Urin klar. Expl. rect.: Prostata er ikke forstørret, men begge Halvdele ret haarde og knudrede, men iøvrigt symmetriske og ikke ømme. Kateter Nr. 21 indføres med Lethed. Kplb. 3. Rp. Prostatamassage.

6/2: Intet Udflod. Urin klar, med Fnug i I.

15/2: Graaligt Udflod. Urin I let uklar, II klar. H. Prostatahalvdel stadig haard og svullen. Skal lade Vandet med 1—1½ Times Mellemrum.

20/2: Vandladningen naturlig. Urin klar. Kplb. 2.

27/2: Slimet Udflod. Urin er klar med Traade i I. Har i 2—3 Dage haft Svulst af h. Knæled, hvor der nu ses en betydelig Hydartron. Indlægges K. H.

Nr. 76.

H. Pol. 3054/27. Ug. Bager, 25 Aar.
Syfilis 1925.
Epididymitis dx.

5/8 27: Gonorrhoe i 1921. Nu gaaseægstor h.sidig Epididymitis. Der er intet Udflod; Afskrab: ÷ GK. Urin klar, uden Traade.

12/8: Epididymiten stadig meget stor, men mindre øm. Der er Morpioner. Ubetydeligt Afskrab: ÷ GK. Urin klar.

26/8: Ømheden svundet, men stadig betydelig Svulst.

9/9: Intet Udflod. Urin klar. Expl. rect.: naturlig. Kplb. 6. W.R. ÷.

16/9: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin klar.

4/10: Kplb. 2.

22/11: Befinder sig vel. Kplb. 3. W.R. ÷.
5/12: Stadig ingen Tegn til Gon.

Nr. 77.
H. Pol. 5035/27. Skomager, 50 Aar.
Uretritis simplex.
29/12 27: Har haft Gon. for mange Aar siden. Mærker nu Svien i Uretra. Afskrab: ÷ GK. Urin lidt uklar i begge Portioner. Kplb. 2.
7/1 28: Ingen kliniske Tegn paa Gon.

Nr. 78.
R.B.H. 543/27. Ug. Søfyrbøder, 30 Aar.
Indl. 1/4, udskr. 17/5 27.
Syfilis 1927.
Poradénolymfit. ingv.
I 1921 Gon. I. I 1923 Gon. II. I 1926 indlagt paa R.B.H. for Ulcus venereum med Bubo ingv.
19/4 26: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin klar. Intet i Epididymis.
20/4: Intet Udflod. Urin klar.
2/4 27: Ulcus induratum præp.: + Spirochaete pall. Desuden herpeslignende Erosioner paa Glans og Bubon i Ingven. Urin klar.
9/5: Kplb. 3. W.R. ÷ (svagt + med syf. Ekstr.).

Patienter af Gruppen »Gonorrhoea chronica«.

Nr. 79.
R.B.H. 437/27. Ug. Søfyrbøder, 30 Aar.
Indl. 20/4, udskr. 4/6 1927.
Syfilis 1927.
Uretritis gonorrh.
20/4 27: Har »talrige Gange« haft Gonorrhoe, første Gang i 1917, sidst formodentlig i 1925. Endvidere »Chanker« i 1922. Nu i 3 Uger stort syfilitisk Eksantem. Rp. 914 og Bi.
22/4: Afskrab fra Uretra: + GK. Urin klar med talrige Traade i første Portion. W.R. 0.0.0.0.0.0.0.10.100. Σ 1000.
Rp. Choleval 1/3 %.
9/5: Kplb. 2.
12/5: Uretralsekret: ÷ GK.
18/5: Urinen klar med Traade i første Portion.
25/5: Intet Udflod. Urin klar, med enkelt Traad i første Portion.
2/6: Urin klar, med Traade i første Portion.
4/6: Intet Udflod. Urinen klar.

Nr. 80.

H. 433/27 og C. 85/V. 28. G. Direktør, 44 Aar.
Indl. 24/2; udskr. 13/5 27.
Atter indl. 20/5; udskr. 16/7 27.

Strictura uretræ.
Tumor perinei.
(periuretralt Infiltrat?)

Pt. har engang — ca. 1901 — haft Gonorrhoe. I 1917 behandledes han for Strikturtilfælde; der fandtes da en Striktur 20 cm fra Orificium. Derefter kun ringe Vandladningsbesvær indtil 1920, da Behandlingen gentoges. I de siden da forløbne Aar har der været tiltagende Besvær med Vandladningen. Urinstraalen er bleven svag, og der har enkelte Gange været Totalretention, sidst for to Maaneder siden, da Pt. maatte kateteriseres. I mange Aar har der været lidt Udflod, især om Morgenen. De sidste tre Uger har Vandladningen været særlig smertefuld, og der er fremkommet en Hævelse omkring Pars bulbosa uretræ.

25/2: Svulsten i Perineum synes ikke at interessere Gland. Cowperi, men er udelukkende begrænset til Pars bulbosa uretræ. Den føles ret fast, pastøs, uden Tegn til Abscesdannelse. Ved Indførelse af bougie à boule lykkes det kun at faa Nr. 10 (Charrière) gennem forreste Del af Uretra, hvor der føles tre cirkulære Strikturer, ca. 5—7 og 10 cm fra Orificium. Disse Strikturer er kun af ringe Bredde, nærmest som Membraner i Lumen. Svarende til Pars bulbosa støder selv de mindste Sonder paa en uovervindelig Modstand, og det lykkes heller ikke i Dag at indføre Kateter. Expl. rect. viser ingen Tegn til Forandring af Prostata eller Vesiculæ seminales.

26/2: Ved Kateterisation med Mercier's Kateter Nr. 12 udtømmes ca. 200 cm^3 plumret Urin, der reagerer surt. Podning paa Agar og Bouillon: Stafylokokkus pyogen. aureus. Mikroskopi: Talrige Leukocyter, ingen andre patologiske Bestanddele.

7/3: Urin + Albumin. W.R. ÷. Rp. Daglig Bougie fra Nr. 16.

14/3: Rigeligt tyndt-purulent Udflod fra Uretra: + GK.

24/3: Ved Tryk paa Perinealsvulstens blødere Partier kommer der nu purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urinen er let pusholdig.

26/3: Til Morgen er der kommet en Perforation af Abscessen i Perineum, hvorved der har udtømt sig en Del tykt Pus.

13/4: Stadig lidt purulent Udflod; ingen Gêner ved Vandladningen. Den oprindelige, stærkt prominerende kompakte Infiltration er nu svunden, efterladende en knudret Infiltration svarende til Urinrøret og Partiet under dette ved Radix scroti.

25/4: Der er nu tre Fistler af minimal Størrelse i Perineum; igennem disse afgaar en ringe Mængde Urin. —

20/5: Der er tiltagende Pussekretion fra Fistlerne og fra Uretra; Vandladningen mere besværlig og smertefuld.

23/5: Affektionen i Perineum synes at være sammensat af en Mængde til dels sammenflydende Smaaabscesser, idet der er spredte fluktuerende Smaapartier i det som Helhed faste Væv. Intet særligt ved Expl. rect. Kplb. 6.

28/5: Der udstrømmer rigeligt Pus fra Uretra og Fistlerne, efter at Pt. i fire Dage har faaet Sol. jodet. kalic. 10—200. gram 10 4 Gange dgl. Sep. Jodkalium.

Rp. Udmalkning af Infiltratet 2 Gange dgl.

12/6: Svulsten og Spændingen i Infiltratet er aftaget betydeligt. Kplb. 3.

6/7: Røntgen-Fotografering af Uretra og Omgivelser efter Indsprøjtning af Lipoiodol (se *Kristjansen:* Røntgenogram af gonorrhoisk Uretralstriktur med Absces- og Fisteldannelser i Perineum — Dansk dermatologisk Selskab's Forhandlinger 1927—1928, Side 13).

27/1 28 opereredes Pt. paa Rigshospitalets Afd. C. Efter at den perineale Absceshule var aabnet, fandt man i Prostata en Kavitet fyldt med Granulationsvæv og Prostatasten, hvoraf der fjernedes 10 fra Nipsenaalehoved- indtil Ærtstørrelse.

15/5: Befinder sig nu vel. Saaret i Perineum er lægt. Kateter Nr. 22 indføres uden Vanskelighed. Kplb. 0.

Nr. 81.

H. Pol. 14/24. Ug. Snedker, 20 Aar.

Gon. chron.
Fistula periuretral.

3/1 24: Sidste Coitus for ca. 10 Dage siden. I 3 Dage purulent Udflod: + GK. Urin uklar i I og II. Rp. Choleval 1/3 %.

31/1: Ubetydeligt Morgenudflod. Urin klar med store Slimtraade i I.

17/3: Intet Udflod efter at have været uden Beh. i 8 Dage. Urin klar. Udskrives.

14/8 24: Sidste Coitus for 4 Uger siden. I 14 Dage bemærket »Saar« paa Penis. Paa Præputiums Underside ses en lille Fistel, hvorfra der kan udtrykkes graaligt Pus. Partiet her omkring er haardt, cikatricielt, og der udgaar herfra et Par lymfangitiske Strenge, der dog hurtigt taber sig. Purulent Sekret fra Uretra: + GK. Urin I uklar med Fnug, II dugget. Der er kongenit Fimosis samt Kondylomer.

23/8: Stadig rigeligt purulent Udflod fra Uretra. Ødemet har nu tabt sig, og man føler nu tydeligt dels en Lymfangitis paa Undersiden af Præputium, dels et periuretralt Infiltrat lidt bag Frenulum.

6/9: Halvpurulent Afskrab: ÷ GK. Urin I uklar med Traade, II klar.

3/10: Har atter mærket lidt Udflod: + GK. Urin I klar med enkelte Slimtraade, II klar.

27/10: Urin glasklar i I og II.

23/7 25: Pt. har været behandlet paa Hosp. fra 17/7—22/7 1925 for Gon. II, Epididymitis, Kondylomata. Endnu lidt purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin er let uklar med enkelte Traade i I.

13/8: Intet Udflod. Urin klar med store Traade i I.

3/9: I over een Uge intet Udflod. Sep. Beh.

10/9: Lidt graaligt Udflod: + GK. Urin næsten klar i I og II med lidt Fnug i I. Rp. Hyp. kal. 1/4 ‰.

12/10: Ubetydeligt grødet Udflod om Morgenen. Urin klar. Udskrives.

16/11: Har bemærket lidt klart Sekret i Morges. Urin klar. Udskrives.

1/11 26: Af og til Smerter i v. Epididymis. Intet Udflod. Urin klar med enkelte Fnug.

2/5 27: Nu rigeligt purulent Udflod: + GK. Eczematøse Forandringer paa Randen af Præputium. (Kæresten undersøgt her: ÷ GK.). Urin uklar i I med Traade, II klar. Kplb. 4.

16/5: Udfloddet standset. Urin klar med Smaatraade i I. Kplb. 4.

30/5: Urin glasklar i I og II. Kplb. 5.

13/6: Mærker intet; Uretra tør. Urin klar. Intet i Epididymides. Expl. rect. intet abnormt. Sep. Sprøjtning.

27/6: Mærker Morgenudflod. Mukopurulent Udflod fra Fistelen: + GK. Urin klar med et Par Traade i I. Expl. rect.: nogen fast Fortykkelse svarende til h. Vesicula seminalis, ingen Ømhed.

11/7: Nu intet Udflod. Urin fuldstændig klar i I og II.

25/7: Ubetydeligt Sekret fra Fistelen: ÷ GK. Urin helt klar.

1/8: Stadig hvidligt-purulent Sekret fra Fistelen: ÷ GK. Den føles som en 2—3 cm lang, ca. stoppenaalstyk Streng fra Undersiden af Penis gaaende ind til Uretra, hvor der føles en lille knudeformet Infiltration. Urin fuldstændig klar i I og II. Expl. rect.: Svulst af v. Gland. Cowperi, der ikke er øm.

2/8: Under lokal Anæstesi spaltes Fistelen med Galvanokauter. Saa vidt man kan skønne, lykkes det at lægge hele Fistelen fri lige til det basale, proksimale knudeformede Infiltrat paa Undersiden af Penis.

22/8: Saaret i Færd med at læge, det er saa godt som rent.

29/8: Der holder sig noget Ødem af Præputium, men Saaret iøvrigt pænt.

12/9: Ingen Sekretion fra Fistelen. Urin glasklar. Kplb. 5.

14/11: Der resterer en ca. 1½ cm lang Fistel fra Undersiden af Penis, men Bunden synes at være fast og haard, og der er ikke mærket Udflod i de sidste 14 Dage. Kplb. 5.

21/11: Fistelaabningen fuldkommen tør; ved Bunden af den spaltede Fistel føles stadig nogen Infiltration, men ingen Ømhed her. Urin klar med et tørt Skæl i I; dette opfiskes: ÷ GK.,

+ talrige Leukocyter, + Epitelceller. Expl. rect.: intet abnormt. Bougieundersøgelse: ingen Striktur. Kplb. 6.

5/12: Uretra tør. Urin klar med Smaafnug og -traade i I. Kplb. 4.

2/1 28: Mærker intet i den sidste Maaned.

6/2: Stadig intet Tegn paa Recidiv. Kplb. 1.

5/3: Udskrives.

Nr. 82.

H. Pol. 424/25 og Afd. H. 27/28. G. Arbmd., 34 Aar.

Indl. 3/1; udskr. 21/1 28.

Gon. chron.
Epididymitis sin.
Hydrocele sin.
Prostatitis.

29/1 25: Har for 7 Aar siden ligget paa Hosp. for Gon. Har nu mærket slimet Udflod. Afskrab: ÷ GK. Urin klar med Smaafnug i I. Expl. rect.: intet abnormt.

24/2 26: Har atter mærket lidt Udflod: ÷ GK. Urin diffust uklar i I og II. Der er kommet Svulst af h. Epididymis.

6/4: Svulsten af Epididymis har nu tabt sig noget. Urin I let uklar.

19/4: Af og til ubetydeligt Udflod. Urin klar med Traade i I.

21/6: Stadig Udflod: + GK. Urin nærmest klar i I og II.

26/7: Udfloddet standset. Urin klar med enkelte Traade i I.

20/9: Alt i Orden. Urin glasklar. Udskrives.

17/2 27: Har nu atter mærket lidt Udflod. Urin I diffus uklar med Smaatraade, II klar.

3/3: Intet Udflod. Urinen klar i I og II. —

8/12: Atter purulent Udflod, varet i 3 Dage. Urin I let uklar, II klar. For 3 Dage siden et Traume af v. Testis, umiddelbart efter Svulst af v. Epididymis samt Udflod. Der findes nu en gaaseægstor Svulst i v. Skrotalhalvdel. Svulsten er glat, spændt elastisk, ikke øm. Der ses ingen Pelluciditet. Kplb. 2.

(Kirurgisk Afd. D): Den omtalte Tumor i v. Skrotaldel synes at bestaa af en forstørret Epididymis og en Ansamling i Tunica vaginalis. Svulsten fortsætter sig op omkring Vas deferens, som er fortykket, haard og knudret. Der er intet Hernie. Ingen Tegn paa akut Inflammation. Man maa formode, at det drejer sig om en Epididymit med et symptomatisk (eller traumatisk) Hydrocele (Tuberkulose?).

10/12: Ednu rigeligt, tyndt purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin klar i I og II. Kplb. 3.

3/1 28: Der er intet Udflod. Urin I let uklar med Klumper, II uklar. Ved Expl. rect. føles en haard Svulst af Prostata. Kplb. 5. Indlægges.

9/1: Den gaaseægstore Svulst af Epididymis har i de sidste

Dage holdt sig stationær. Intet Udflod. Prostata er uforandret stor, haard, men ikke øm, ens i de to Sider, uden Knuder. Der gøres Punktur af Hydrocelet med Udtømmelse af ca. 160 cm^3 blakket serøs Vædske; herefter føles Testis naturlig; kun ubetydelig, ikke øm, knudret Svulst af Epididymis. Kplb. (paa Hydrocelevædsken); 6. Kplb. (paa Blodserum): 7.

16/1: Uretra tør. Epididymis uforandret, stadig lidt svullen, lidt blødere, men ikke øm. Urinen er klar. Prostata som tidligere, noget blødere, men stadig forstørret; tyndt graaligt Eksprimat: ÷ GK. Kplb. 6. Rp. Prostatamassage.

4/2: Intet Udflod. Svulsten af v. Skrotalhalvdel tiltager atter. Urinen er klar, uden Traade. Indlægges.

Nr. 83.

H. Pol. 4779/27. G. Sømand, 38 Aar.
Gon. chron.
Hypospadia.

5/12 27: Gon. med Epididymitis duplex i 1917. Atter Gon. for 1½ Aar siden, behandlet sig indtil for 14 Dage siden. Nu intet Udflod. Urin klar med enkelte Fnug i I. Expl. rect.: Maaske ubetydelig Svulst af h. Prostatahalvdel. Kplb. 4. W.R. ÷.

12/12: Lidt Udflod: ÷ GK.

19/12: Intet Udflod.

2/1 28: Uretra tør. Urin klar. Kplb. 5.

9/1: Uretra tør, Urin I let uklar med purulente Traade, II klar. Opfisket Traad: + (?)GK., + Leukocyter, + Epitelceller. Expl. rect.: der er fast Fortykkelse opad til h., ingen Ømhed. Mælket Eksprimat: ÷ GK., + Leukocyter (ca. 25 i hvert Synsfelt). Bougie-Undersøgelse umulig paa Grund af Pt.s hypospadiskmisdannede Uretra, der kun tillader Bougie Nr. 6 at passere.

23/1: Intet Udflod. Urin klar med Slimtraade i I.

30/1: Stadig intet Udflod. Urin klar med enkelt Traad i I.

13/2: Mærker intet. Uretra tør Urin klar, uden Traade. Kplb. 6.

27/2: Urin klar med enkelte Fnug i I. Der føles ingen periuretrale Infiltrater. Ved Expl. rect. føles intet abnormt.

26/3: Kplb. 4.

2/4: Intet Udflod. Urin klar, uden Traade.

16/4: Intet Udflod. Urin klar. Prostata naturlig.

30/4: Udfloddet helt ophørt. Urin I og II krystalklar uden Traade. Kplb. 2.

4/6: Uretra tør. Urin klar uden Traade. Kplb. 3.

2/7: Intet Udflod. Urin klar. Expl. rect.: fast Fortykkelse, ikke øm, opad til h.; klart Eksprimat. Kplb. 4.

3/9: Sparsomt purulent Udflod: + GK. Urin klar med Fnug i I. Kplb. 2. Rp. Choleval 1/3 %.

Nr. 84.

H. Pol. 3787/27. G. Sporvognsfunkt., 33 Aar.
Syfilis (ukendt Opr.).
Prostatitis gon.

26/9 27: Hustruen har Iritis syf. Pt. ved intet om Syfilis eller Gon. W.R. 10.60.100. Rp. 606 + Bi.

6/10: Pleocytosis spinalis.

8/11: Kplb. 3.

6/2 28: Urin I og II klar, uden Traade.

29/6: W.R. ÷. Kplb. 3.

6/7: Mener ingensinde at have haft Gon. Purulent Afskrab: ÷ GK., + Leukocyter. Urin klar med fede Traade i I, en af Traadene er friskblodfarvet: ÷ GK., ÷ Bakterier, + Leukocyter. Expl. rect.: Prostata fast, ikke knudret eller øm; intet Eksprimat.

10/7: Purulent Morgenudflod: ÷ GK., + Leukocyter, + Bakterier, + Epithelceller. Urin I let uklar med fede Traade, II klar. Opfisket Traad: ÷ GK., + Leukocyter. Bougie Nr. 20 glider let ind. Kplb. 2.

23/7: Graaligt Eksprimat fra den lille og faste, ikke ømme Prostata: + GK. (Gramfarvning). Rp. Prostatamassage.

6/8: Uretra tør.

13/8: Har nu faaet 6 Gange Prostatamassage. Prostata endnu fast og haard.

21/8: Kplb. 1.

4/1 29: Rigeligt slimet-purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin I uklar med talrige Traade.

Patienter af Gruppen »Gonorrhoea acuta«.

Nr. 85.

H. 420/28. Ug. Billettør, 15 Aar.
Indl. 23/6, udskr. 18/7 28.
Gon. I.
Adenitis ingv.

Første og eneste Coitus 14/6. Udflod siden 16/6; desuden moderat Svie ved Vandladningen og smertefulde Erektioner. Rigeligt purulent Udflod: + GK. Intet abnormt ved Testes eller Epididymides. Der er øm Glandelsvulst i Ingvina.

24/6: Prostata og Epididymides naturlige. Rp. Lapis 1 : 5000.

25/6: Intet abnormt ved Expl. rect. Kplb. 2. W.R. ÷.

26/6: Kplb. 1. Sahli: 94 % (korr.).

27/6: Kplb. 3.

28/6: Kplb. 3. Endnu lidt Udflod: + GK. Urin I klar med Smaatraade, II klar. Prostata naturlig.

29/6: Kplb. 3.
30/6: Kplb. 2.
2/7: Kplb. 2.
3/7: Kplb. 3.
4/7: Kplb. 4.
5/7: Purulent Udflod fra Uretra: + GK. (meget faa). Urin let uklar med Smaatraade i begge Portioner. Prostata naturlig.
6/7: Kplb. 4.
9/7: Urin klar med Smaatraade i I.
10/7: Kplb. 3.
12/7: Uretra fuldstændig tør. Urin I let uklar med en Traad, II næsten klar. Expl. rect.: intet abnormt. Nu ingen patologisk Glandelsvulst i Ingvina.
14/7: Kplb. 5.
16/7: Uretra tør. Urin let skyet uklar.
18/7: Kplb. 4. Urin I let uklar med Smaaklumper. Der føles ingen periuretrale Infiltrater. Epididymides naturlige.

Nr. 86.
H. Pol. 2343/27. Snedker, 25 Aar.
Gon. I.
Adenitis ingv.
16/6 27: Pt. har Morpioner samt Udflod: + GK. Vandladningen naturlig. Urin I uklar, II klar. Der er nogle ømme, knap nødstore Glandler i h. Ingven. Rp. Lapis 1—10000.
24/6: Nu mindre Udflod. Urin let uklar i begge Portioner, navnlig I. W.R. ÷.
30/8: Har stadig behandlet sig. I den sidste Tid intet Udflod. Uretra tør. Urin glaskar i I og II. Kplb. 6.
4/2 28: Har ikke behandlet sig i flere Maaneder. Urinen er klar, men med Traade i I. Opfisket Traad: + GK. Kplb. 1.
Rep. Beh.
30/3: Har stadig sprøjtet, intet mærket. Uretra tør. Urin klar. Kplb. 2. Udeblevet.

Nr. 87.
H. Pol. 4456/27 og Afd. H 735/27, ♂ uden Stilling, 27 Aar.
Indl. 12/11, udskr. 19/12 27.
Gon. I.
Tuberøs Hjernesklerose.
Adenoma sebaceum.
Benægter Coitus og Venerea. Der er rigeligt purulent Udflod: + GK. I h. Ingven en godt dueægstor haard Glandel og flere mindre. Intet i Testes eller Epididymides. Expl. rect.: Prostata naturlig, ikke øm. I v. Ingven et impetiginøst Saar.
16/11: Kplb. 10.
17/11: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin I klar med smaa

Skæl. Glandelen holder sig uforandret. Saaret i v. Ingven er snart lægt. Der er talrige Morpionæg.

24/11: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Glandelen i h. Ingven føles nu nærmest som en Mandel, den er ikke øm. Saaret lægt. W.R.÷.

28/11: Rigeligt purulent Udflod.

1/12: Intet Afskrab fra Uretra. Urin I let uklar med Fnug, II klar. Prostata naturlig.

5/12: Intet Udflod (4 Timer). Kplb. 6. W.R.÷.

12/12: Endnu rigeligt purulent Udflod.

15/12: Slimet Afskrab: ÷ GK. Urin klar, uden Traade. Intet ved Expl. rect.

27/12: Intet Udflod. Urin klar uden Traade. Sep. Beh.

29/12: Sparsomt Sekret fra Uretra: + GK. Urin klar. Kplb. 4.

12/1 28: Intet Udflod. Urin klar, uden Traade.

24/1: Udflod ophørt. Urin klar.

24/2: Intet Udflod. Urin klar. Kplb. 0.

Nr. 88.

H. Pol. 120/27. Ug. Chauffeur, 24 Aar.

Gon. I.

10/1: Ikke tidligere venerisk Sygdom. Coitus med ubekendt for 1 Uge siden, hvorefter rigeligt purulent Udflod: + GK. Vandladningen naturlig.

17/1: Urin let uklar i begge Portioner. Vandladningen ikke hyppig. Udeblevet.

13/6: Angiver at have behandlet sig og ikke mærket noget i de sidste to Maaneder. Intet Afskrab. Urin klar. Kplb. 5.

Atter udeblevet.

Nr. 89.

H. Pol. 3559/26. Ug. Arbejder, 24 Aar.

Gon. I.

1/10: Purulent Udflod i 8 Dage: + GK. Urin I diffus uklar med Traade, II klar. Rp. Lapis 1 : 3000.

28/10: Uretra ganske tør. Urin I let uklar, II klar.

18/11: Har haft Influenza. Atter mere Udflod. Urin I let uklar med enkelte Smaatraade, II klar.

16/12: Endnu lidt Morgenudflod. Urin I let uklar med et Par Traade; opfisket Traad: ÷ GK. Expl. rect.: intet abnormt.

30/12: Uretra tør. Urin klar med fine Traade i I.

10/2 27: Lidt Udflod om Morgenen: + GK. Urin klar.

3/3: Kun lidt Udflod om Morgenen. Uretra tør. Urin klar med Smaatraade i I.

31/3: Urin fuldstændig klar.

28/4: Urin klar i begge Portioner. Sep. Beh.

5/5: Har atter begyndt at sprøjte, da der kom Udflod. Afskrab: + GK. Urin klar med Slimtraade i I.

19/5: Der føles ingen Infiltrater langs Uretra; Udfloddet ophørt. Urin klar med Smaatraade i I.

7/7: Stadig Udflod om Morgenen, sparsomt graaligt Afskrab: + GK. Urin klar med Smaatraade i I. Kplb. 2.

11/8: Stadig lidt tyndt purulent Udflod: + GK. Urin klar. Ingen periuretrale Infiltrater. Expl. rect.: intet tydeligt abnormt.

6/9: Urin klar med Fnug. Sep. Beh.

22/9: Der kom atter Udflod, hvorfor han atter har sprøjtet. Bougie Nr. 21 passerer let.

17/10: Udflod: + GK. Intet tydeligt abnormt ved Expl. rect. Kplb. 0.

3/11: Der er i de sidste Dage fremkommen en h.-sidig Epididymitis. Urin I let uklar med Smaatraade, II klar. Indl. paa K. H.

Nr. 90.

H. Pol. 617/27. Ug. Snedker, 28 Aar.

Gon. I.

14/2: Mener sig smittet for ca. 10 Dage siden. Purulent Udflod: + GK. Urin I let uklar, II klar. Expl. rect.: intet abnormt.

Rp. Lapis 1 : 20000.

24/2: Purulent Udflod. Urin I diffus uklar. II klar.

17/3: Alt i Orden. Urin klar. Sep. Beh.

31/3: Tyndt purulent Afskrab: + GK. Urin klar.

Rp. Lapis 1 : 5000.

21/4: Holdt op at sprøjte for 8 Dage siden. Urin klar.

Sep. Beh.

2/5: Alt i Orden. Urin glasklar. Kplb. 1. Udskrives.

Nr. 91.

H. Pol. 2693/25. Maskinarb., 21 Aar.

Gon. I & II.

22/7 25: Ikke tidligere Venerea. Sidste Coitus for 4 Dage siden. Purulent Udflod i et Døgn: + GK. Urin I let uklar, II klar. Rp. Lapis 1 : 3000.

6/1: 26: Udfloddet ophørt. Urin I uklar med Traade, II let uklar. Sep. Beh.

20/1: Ubetydeligt Udflod. Urin klar med en enkelt Traad.

Rep. Beh.

16/6: Intet Udflod. Urin klar. Udskrives. —

14/11 27: Nu atter Udflod i et Par Dage efter Coitus for 4—5 Dage siden; Afskrab: + GK. Urin I let uklar, II klar. Ingen Ømhed af Epididymis. Ingen Svulst af Prostata.

Rp. Lapis 1 : 5000.

17/11: Der er Ømhed af et Par Glandler i v. Ingven. Ingen Saar paa Penis. Stadig Udflod. Urin I let uklar med Traade, II klar.

21/11: Ømheden af Glandlerne i v. Ingven er mindre. Kplb. 7. W.R. ÷.

8/12: Stadig lidt Udflod. Urin klar i I og II.

29/12: Afskrab fra Uretra: + GK. Urin I let uklar med Smaatraade.

2/2 28: Intet Udflod. Urin klar. Expl. rect.: intet abnormt. Kplb. 0.

10/2: Intet Udflod. Urin klar. Udskrives.

Nr. 92.

H. 471/27. Ug. Sømand, 20 Aar.

Indl. 2/7, udskr. 3/8 27.

Gon. I.

Adenitis ingv. dupl.

Ikke tidligere Venerea. Mener sig smittet 6/6 27; 4 Dage efter mærkede Pt. Udflod. Har i de sidste Dage haft Smerter i Knæregionerne. Purulent Udflod fra Uretra: + GK. Der er erosiv Balanopostitis. Epididymis naturlig. Expl. rect.: Prostata lidt øm, ingen Svulst. Der er bønnestore, haarde,, indolente Glandler i begge Ingvina. Intet objektivt abnormt ved Knæleddene.

3/7: Smerterne er ikke lokaliseret til Leddene, men synes nærmest periostale eller tendinøse. Urinen er uklar i I og II.

4/7: Meget rigeligt purulent Udflod. Expl. rect.: H. Side af Prostata er noget haardere end v., men ikke øm. Ærtstor øm Knude i h. Sædblære. Kplb. 5. W.R. ÷.

7/7: Endnu graaligt purulent Sekret fra Uretra: + GK. Vandladningen er noget hyppig, 2—3 Gange om Natten. Urinen er uklar i begge Portioner.

14/7: Vandladningen nu naturlig. Stadig rigeligt tyndt purulent Sekret fra Uretra: + GK. Urin I let uklar, II klar.

18/7: Udfloddet fuldstændig standset. Urin let uklar i I og II, med Fnug i I. Der holder sig lidt Glandelsvulst i Ingvina. W.R. ÷.

25/7: Endnu lidt Udflod: + GK. Urin let dugget i begge Portioner, med Fnug i I. Intet sikkert abnormt ved Expl. rect. Kirtelsvulsten i Ingvina har næsten tabt sig.

1/8: Afskrab: ÷ GK. Intet ved Expl. rect. Urin I diffus uklar uden Traade, II helt klar.

Nr. 93.

H. Pol. 3808/27. Ug. Arbejder, 16 Aar.

Gon. I.

Ødema præputii.

26/9 27: Ikke tidligere Venerea. Nu rigeligt Udflod: + GK., samt betydeligt Ødem af Præputium. Urin diffus uklar i begge Portioner. Rp. Epith. tepid.

3/10: Ødemet har nu tabt sig betydeligt. Rp. Lapis 1 : 10000. Urin diffus uklar, med Traade i I.

10/10: Stadig voldsomt Udflod. Urinen uklar i begge Portioner. Vandladningen naturlig. Kplb. 6.

24/10: Urin I let uklar, II næsten klar. Kplb. 8.

31/10: Mindre Udflod. Urin uklar i begge Portioner. Intet ved Expl. rect.

21/11: Tyndt purulent Udflod: ÷ GK. Urin klar i begge Portioner. Kplb. 8.

28/11: Intet abnormt ved Gland. Cowperi. Purulent Udflod: + GK. Urin let diffus uklar i I og II. Kplb. 6.

5/12: Stadig en Del Udflod. Urin klar med en Del Traade i I.

7/8 28: Mærker intet. Uretra tør. Intet i Epididymides. Urin klar med Fnug i I. Expl. rect.: intet abnormt; klart Eksprimat. Kplb. 0.

Nr. 94.

H. Pol. 3081/27. Ekspedient, 22 Aar.

Gon. I.

Ødema præputii.

6/8: Ikke tidligere venerisk. Purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin uklar i begge Portioner. Rp. Lapis 1 : 20000.

11/8: Mindre Udflod. Noget Ødem af Præputium.

26/8: Stadig Udflod. Urin diffus uklar i I og II. Intet ved Expl. rect.

20/9: Stadig Udflod. Urin klar med Traade i I. Kplb. 6.

27/9: Der føles ingen periuretrale Infiltrater. Intet i Epididymides. Urin klar med Smaaklumper og Traade i I. Expl. rect.: intet tydeligt abnormt. Afskrab: ÷ GK.

18/10: Af og til Udflod, i Øjeblikket intet. En Del Traade i Urin I. Opfisket Traad: ÷ GK. Kplb. 2.

14/11: Intet Udflod. Urin klar med enkelte Traade i I.

28/11: Intet Udflod. Urin klar uden Traade. Udskrives.

Nr. 95.

H. Pol. 3900/27. Ug. Arbejder, 18 Aar.

Gon. I.

Epididymitis dx.

3/10: Ikke tidligere venerisk. Nu purulent Udflod: + GK. Urin I diffus uklar med Traade, II klar. Ingen Tegn til Komplikationer.

10/10: Stadig lidt Udflod. Urin let uklar i I. Kplb. 0.

17/10: Endnu ret rigeligt Udflod. Urin I diffus uklar, II klar.

24/10: Kun ubetydeligt Udflod. Urin klar. Kplb. 8.

31/10: Stadig lidt Udflod. Urin diffus uklar i I og II. Expl. rect.: intet abnormt, men rigeligt valleagtigt Eksprimat.

3/11: Siden i Gaar Svulst og Ømhed af h. Epididymis.
Indl. K. H.

Nr. 96.

H. Pol. 1734/27. Ug. Bud, 17 Aar.
Gon. I.

2/5: Ikke tidligere venerisk. Inficeret ca. 22/4. Purulent Afskrab: + GK. Vandladningen naturlig. Urin klar i I og II. Kplb. 7. Forsøgsvis Sanocrysin 0.10 i v.

5/5: Mindre Udflod: + GK. (en Del). Urin let diffus uklar i I og II. Sanocrysin 0.25 i v.

9/5: Udfloddet næsten standset: ÷ GK. Urin dugget i I og II, med enkelte Traade i I. Sanocrysin 0.25 i v.

12/5: Intet Udflod (4 Timer), Urin klar med tørre Skæl i I.

23/5: Intet Udflod. Ubetydeligt slimet Afskrab: ÷ GK. Urin glasklar med Fnug i I. Kplb. 7.

30/5: Intet fra Uretra. Urin glasklar. Expl. rect.: Maaske lidt Haardhed i h. Side af Prostata og i h. Vesicula seminalis.

27/6: Har overhovedet ikke sprøjtet. Intet Udflod. Urin let uklar i I og II. Expl. rect.: intet tydeligt abnormt.

4/7: Mærker intet. Uretra tør. Urin klar i begge Portioner med Traade i I.

11/7: Intet Udflod. Urin helt klar. Kplb. 6.

5/9: Stadig intet. Kplb. 6.

6/2 28: Intet Udflod. Glans og Præputium noget røde. Urin klar, uden Traade.

13/2: Endnu nogen Rødme af Glans. Intet Udflod. Urin klar.

20/2: Uretra tør. Glans naturlig. Kplb. 1.

27/2: Urin klar. Expl. rect.: naturlig. Udskrives.

Nr. 97.

H. Pol. 1545/28. Ug. Kommis, 21 Aar.
Gon. I.

17/4: Ikke tidligere venerisk Sygdom. Paastaar sig inficeret Natten mellem 8/4 og 9/4. Har bemærket Udflod i 6 Dage, har været sengeliggende paa Grund af »Forkølelse« med Feber. Rigeligt purulent Udflod: + GK. Urin diffus uklar i I og II. Kplb. 0. Rp. Lapis 1 : 10000.

23/4: Endnu Udflod. Urin uklar i I og II. Kplb. 2.

30/4: Endnu lidt Udflod. Urin let uklar i I og II. Kplb. 2.
Rp. Salol, gram 1 × 3 dagl.

7/5: Nogen Balanitis. Urin let diffus uklar i I og II. Kplb. 0.

14/5: Balaniten pænere. Urin let diffus uklar i I og II.

21/5: Intet Udflod. Urin let uklar i I og II.

29/5: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin I og II let uklar med Traade.

4/6: Purulent Udflod: ÷ GK. Urin let uklar i I og II.
11/6: Behandles andetsteds.

Nr. 98.
H. Pol. 4222/27. G. Klejnsmed, 41 Aar.
Gon. II.
Lymfangitis circularis præp.
2/11 27: Gon. I for 20 Aar siden. Har nu mærket purulent Udflod i 3 Dage. Urin uklar i I og II. Rp. Lapis 1 : 5000.
8/11: Purulent Udflod: + GK. Urin uklar i I og II. Der er kommet Lymfangitis circularis præputii. Kplb. 12.
20/12: Urin I let uklar med talrige Traade, II klar. Lymfangiten er svundet, men der er endnu Adenitis ingvinalis. Kplb. 7.
3/1 28: Afskrab: ÷ GK. Urin klar med Smaatraade.
18/1: Urin klar med Traade i I.
20/2: Endnu Morgenudflod. Urin klar med Traade i I. Kplb. 3.
12/4: Lidt Udflod om Morgenen. Urin I let uklar med en Del Smaatraade i I. Intet ved Expl. rect. Ingen Svulst af Epididymides. Kplb. 4.
17/8: Af og til lidt Udflod. Urin I let uklar med en enkelt Traad, II klar. Kplb. 2.
22/11: Intet Udflod. Urin næsten klar med Fnug i I.

Nr. 99.
H. Pol. 4932/27. Fisker, 29 Aar.
Gon. I.
Fistula paruretral.
17/12 27: Afskrab: + GK. Urin I let uklar, II klar. Intet i Epididymides. Intet ved Expl. rect.
23/12: Intet Udflod. Paa Præputiums h. Side findes en Cikatrice, der er noget infiltreret. Urin I let uklar, II klar. W.R. ÷.
11/1 28: Stadig intet Udflod. Urin klar med enkelt Traad i I.
5/3: Uretra er tør. Urin klar, men med Smaatraade i I. Omtalte Cikatrice viser sig at være en lille paruretral Gang, hvorfra tyndt purulent Sekret: + GK.
12/3: Den paruretrale Fistel spaltes med Galvanokauter.
19/3: Intet at udtrykke fra Fistlen. Urin I let uklar med Traade.
11/4: Intet Udflod. Urin klar, uden Traade. Saaret ved Fistelen næsten lægt.
1/5: Uretra tør. Urin klar med Traade i I. Kplb. 0.

Nr. 100.
H. Pol. 4005/27 og H. 685/27. Ug. Gartner, 25 Aar.
Indl. 7/11, udskr. 28/11 27.
Gon. I.
Infiltratio et Abscessus periuretral.

12/10 27: Inficeret 6/10. Rigeligt purulent Udflod fra Uretra: + GK. Urin I uklar med Traade. II klar. Rp. Lapis 1 : 10000.

17/10: Mindre Udflod. Urin let uklar i I, men Traade i begge Portioner. Kpbl. 0.

24/10: Endnu lidt Udflod. Urin I uklar, II klar. Kplb. 2.

31/10: Udfloddet ophørt. Urin uklar i I og II.

7/11: Omkring Radix penis føles en circumscript Infiltration, kun ringe Ømhed, ingen Blødning. Urin I let uklar, II næsten klar. Ved Expl. rect. føles Prostata normal. Kplb. 5.

8/11: Urin I uklar med Traade og Klumper, II let uklar. Expl. rect.: intet tydeligt abnormt. Kplb. 4. Rp. Epith. tepid.

9/11: Abscessen er perforeret til Uretra, hvorfra der er rigeligt purulent Udflod.

10/11: Ved Udmalkning udtømmes i Dag kun enkelte Draaber Pus.

11/11: Der holder sig stadig en ret blød dobbeltvalnødstor Infiltration svarende til den periuretrale Absces.

14/11: Kplb. 5.

19/11: Abscessen er blevet hønseægstor, meget haard og med Antydning af Fluktuation. I Æterrus incideres den periuretrale Absces, der udtømmes meget rigeligt Pus og indlægges et Gummidræn.

24/11: Der kommer stadig Pus fra Uretra og fra Incisionsaabningen.

5/12: Ubetydeligt Udflod om Morgenen. Infiltrationen ved Radix penis har tabt sig, Saaret er lægt. Urin I let uklar, II klar.

12/12: Af og til lidt Udflod. Kplb. 5.

26/1 28: Intet Udflod. Urin I let uklar med Traade, II let uklar uden Traade. Kplb. 5.

2/2: Der føles stadig svarende til Incisionen en let Infiltration omkring Uretra. Der er intet Udflod. Urin klar i begge Portioner. Expl. rect.: Prostata haard i begge Sider, men ikke øm.

23/2: Uretra tør. Urin klar. Stadig fast Infiltrat omkring Uretra. Klpb. 3.

16/4: Intet Udflod. Urin klar. Udskrives.

Nr. 101.

H. Pol. 1257/28 og H. 233/28. Ug. Chauffør, 22 Aar.

Indl. 4/4, overflyttet 21/4 til kirurgisk Afd.

Gon. II.

Infiltratio periuretral.

26/3 28: Gon. I med Ledtilfælde for 3 Aar siden. For 6 Maaneder siden Gon. II, atter denne Gang ledsaget af Ledsvulst. Behandlet paa Garnisonssygehus med 30 Metallosalinjektioner. Udfloddet ophørte, Vandladningen var naturlig, og Pt. befandt sig vel. For 3 Uger siden atter Udflod samt Smerter i v. Knæ.

Nu Udflod: ÷ GK. og moderat Balanopostitis, samt Hævelse af v. Knæ. Kplb. 9.

30/3: Rigeligt purulent Udflod: + GK. Urin let uklar i begge Portioner. Expl. rect.: H. Prostatahalvdel noget haard og forstørret, men ikke øm. Der er et stort periuretralt Infiltrat, som strækker sig ned i Skrotums Bagvæg. Paa h. Side af Penis ses en Fistel, hvorfra der kan udtrykkes tyndt Pus: + GK.

5/4: Den omtalte Fistel svarer utvivlsomt til en periuretral Gang, idet den kan følges som en strengformet Fortykkelse ud med Uretra. Der skal ikke være nogen Hindring for Vandladningen. Rp. Epith. tepid.

7/4: Urin uklar, II let uklar. Ingen tydelig Svulst af Prostata. W.R. ÷. Kplb. 11.

12/4: Slimet Sekret fra Uretra: ÷ GK. Urin I let uklar, II lidt klarere, Traade i begge Portioner. Ingen Svulst af Epididymis. Stadig betydelig haard Infiltration i Perineum, strækkende sig ned langs Raphe scroti. Ingen Svulst af Prostata.

18/4: Infiltratet i Skrotum synes i Færd med at perforere. Kplb. 10.

Nr. 102.

H. Pol. 390/28 og Afd. H. 87/28. Ug. Bud, 20 Aar.

Indl. 30/1; udskr. 20/2 28.

Epididymitis dx.
Funikelsvulst.

30/1: Ikke tidligere Venerea. Smittet for 6 Dage siden. For 3 Dage siden Smerter ved Vandladningen og rigeligt purulent Udflod: + GK. Nu betydelig Ømhed og Svulst af h. Epididymis. Urin uklar i begge Portioner. Expl. rect. naturlige Forhold.

Rp. Epith. tepid.

1/2: Prostata ikke svullen eller øm. Kplb. 5. W.R. ÷.

Rp. Lapis 1 : 5000.

6/2: Expl. rect. som omtalt.

8/2: Der er nu opstaaet dobbeltsidig Epididymitis. Kplb. 2.

14/2: Pt. har haft en let Angina med Feber indtil 39,6. Kplb. 1.

16/2: En Del Udflod fra Uretra: ÷ GK. Epididymis paa v. Side nu ikke særlig øm, Svulsten har tabt sig en Del. Lidt mere Ømhed og Svulst af h. Epididymis. Urin I let uklar med Traade, II klar, uden Traade. Expl. rect. intet abnormt.

27/2: Intet Udflod. Ømheden af Epididymides saa godt som svundet. Urin I dugget med Traade, II klar. Kplb. 3.

12/3: Purulent Udflod: ÷ GK. Endnu Ømhed af v. Epididymis. Urin I uklar med Traade, II klar.

Nr. 103.

H. Pol. 1656/27. Bager, 25 Aar.

Gon.

Epididymitis dx.
Strictura uretræ.

27/4 27: Har i ½ Aar gaaet til Beh. for Gon. andetsteds. Ubetydeligt Afskrab: + GK. Der er Rest af h.-sidig Epididymitis, nogen Ømhed og Svulst af h. Funikel. Intet abnormt ved Expl. rect. Urin I let uklar med Smaatraade, II klar.

28/4: Udfloddet tiltaget. Har stærke Smerter i h. Lyske.
Indl. paa Hosp.

16/5: Epididymiten er nu svundet. Urin helt klar i begge Portioner. Kplb. 4.

18/5: Atter Udflod: + GK. Urin uklar i I og II. Kan ikke sprøjte; i Løbet af 14 Dage gives Aurothiosulfat 0,25 × 5 i v.

3/6: Afskrab: + GK. (talrige). Urin klar med en Del Traade i I. Rp. Lapis 1 : 5000.

24/6: Kun af og til lidt Udflod. Urin lidt skyet uklar i I og II.

28/6: Graaligt Afskrab: + GK. Urin klar med enkelte Smaatraade.

25/7: Uretra tør. Urin klar med i I. Sep. Beh.

15/8: Atter Udflod: + GK. Urin klar med enkelte Fnug.
Rp. Bals. Copaivæ 0,75 × 3 dgl.
Janet'ske Udskylninger × 10.

20/9: Nu atter purulent Udflod. Urin I let diffus uklar, II klar. Intet ved Expl. rect. Bougieundersøgelse: 6 cm foran Sphinkter vesicæ findes en Striktur, passabel for Bougie Nr. 17, der er distinkt Ømhed. Kplb. 2. Rp. Lapis 1 : 10,000. Bougiebeh.

21/10: Bougie Nr. 25 glider nu let ind. Stadig purulent Udflod: + GK. Urin I uklar med Traade, II klar med Fnug.

Nr. 104.

H. Pol. 125/28. Cigarmager, 28 Aar.
Gon. I.
Prostatitis.

9/1 28: Smittet for 7 Dage siden. Rigeligt purulent Udflod: + GK. Urin I er uklar. Kplb. 0. Rp. Lapis 1 : 10,000.

16/1: Mindre Udflod. Urin let uklar i begge Portioner; ingen hyppig Vandladning.

23/1: Udfloddet ophørt. Urin I uklar med Smaatraade, II let uklar. Expl. rect.: Prostata forstørret og øm; purulent Ekspримat. Kplb. 8.

30/1: Udflod om Morgenen. Urin I uklar, II let uklar. Kun ringe Svulst af Prostata.

6/2: Rigeligt purulent Udflod: ÷ GK. Urin let uklar i I, II klar. Der er lidt Ømhed og Haardhed i v. Halvdel af Prostata.

27/2: Uretra tør. Urin let skyet i begge Portioner. Expl. rect.: Prostata nu nærmest naturlig, maaske endnu lidt øm Rest i v. Side. Kplb. 5.

12/3: Intet Udflod. Urin klar, uden Traade. Ingen tydelig Forstørrelse eller Ømhed af Prostata.

19/3: Intet Udflod. Urin I let uklar, II klar. Sep. Beh.

11/6: Af og til bemærket Morgenudflod. Urin klar med Traade i I. Kplb. 0.

25/6: Udskrives.

Nr. 105.

H. Pol. 4696/27. G. Vinduespolerer, 24 Aar.

Gon. I.

Prostatitis.

28/11 27: Smittet for ca. en Uge siden; bemærket Udflod i 3—4 Dage: + GK. Urin diffus uklar i begge Portioner. Kplb. 0. Rp. Lapis 1 : 5000.

5/12: Mindre Udflod. Kplb. 11.

19/12: Slimet Udflod: ÷ GK. Urin let uklar med Fnug i begge Portioner. Expl. rect. Der er let Svulst af Prostata, ingen Ømhed. Kplb. 9.

2/1 28: Uretra tør. Urin klar med enkelte Traade i I.

23/1: Intet Udflod. Urin I uklar med Traade, II let uklar.

13/2: Uretra tør. Urin klar med enkelte Smaatraade i I; opfisket Traad: ÷ GK. Expl. rect. normal. Kplb. 4.

20/2: Uretra tør. Urin klar. Kplb. 2. Sep. Beh.

5/3: Intet Udflod. Urin klar. Udskrives.

Nr. 106.

H. Pol. 1888/28 og Afd. H. 267/28. Ug. Kurvemager, 23 Aar. Indl. 26/3; udskr. 1/5 28.

Gon. I.

Prostatitis.

26/3: Sidste Coitus for 12 Dage siden. Fik 2—3 Dage derefter Angina med Feber (39°—40°), og først da Tp. var normal for 5 Dage siden, bemærkede Pt. Smerter ved Vandladningen og meget rigeligt purulent Udflod: + GK. Der er Rødme omkring Orificium uretræ og af Præputium. I h. Ingven en bønnestor, øm Glandel. Epididymides naturlige. Expl. rect.: Prostata naturlig.

27/3: Rigeligt purulent Udflod. Urin I uklar, II klar. Expl. rect. naturlig. Kplb. 0. W.R. ÷. Rp. Lapis 1 : 5000.

30/3: Kplb. 1.

31/3: Klager over Hovedpine. Der er let Rødme i Svælget, Tp. 37,7°. Ingen Svulst af Epididymides eller Prostata. Kplb. 0.

1/4: Tp. 38,7°. Rødme i Halsen. Kplb. 0.

2/4: Tp. nu normal. Vandladningen noget hyppig. Urin let uklar i begge Portioner. Expl. rect. intet abnormt. Afskrab fra Uretra: + GK. Kplb. 2. Rp. Salol. gram 1 × 3.

3/4: Kplb. 2.

4/4: Kplb. 5.

5/4: Kplb. 3.

6/4: Kplb. 3.

7/4: Kplb. 3.
8/4: Kplb. 3.
9/4: Kplb. 2.
10/4: Kplb. 2.
12/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin I let uklar med Traade, II klar. Ved Expl. rect. føles i Dag en ret betydelig Svulst af h. Prostatahalvdel; den er ikke øm. Kplb. 2.
13/4: Kplb. 3.
14/4: Kplb. 2.
15/4: Kplb. 3.
16/4: Kplb. 2. Stadig lidt for hyppig Vandladning. Urin klar, med enkelte Slimtraade i I. Expl. rect.: Prostata som sidst, forstørret i h. Side, tillige noget øm.
17/4: Kplb. 2. Paa Grund af Svie sep. Sprøjtning.
18/4: Kplb. 2.
19/4: Kplb. 3. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Urin I uklar med Klumper, II let uklar. Expl. rect.: Der er stadig betydelig Svulst af h. Prostatahalvdel, der er haard.
20/4: Kplb. 3.
21/4: Kplb. 3. Ingen Udflod. Rep. Lapis 1 : 5000.
22/4: Kplb. 4.
23/4: Kplb. 4. Uretra er tør. Urin fuldstændig klar. Expl. recta.: intet abnormt.
24/4: Kplb. 3.
25/4: Kplb. 3.
26/4: Intet Udflod, Afskrab: ÷ GK. Urin I let uklar med Traade, II klar. Expl. rect.: Der er ret betydelig Svulst af h. Prostatahalvdel samt nogen Ømhed.
30/4: Kplb. 2. Uretra tør. Expl. rect.: Ingen Ømhed af Prostata.
1/5: Kplb. 2.
11/5: Endnu lidt Udflod: + GK. Urin I diffus uklar med Traade, II klar.
18/5: Kplb. 2. Stadig Morgenudflod. Urin klar med Traade i I.
8/6: Uretra tør. Urin klar.
15/6: Kplb. 3. Urin klar.
22/6: Intet Udflod. Urin klar. Expl. rect.: Der er fast, ikke øm Svulst af Prostata.

Nr. 107.
H. Pol. 1955/27. Ug. Lærling, 18 Aar.
Gon. I & II.
Prostatitis.
18/5 27: Ikke tidligere venerisk. Smittet for ca. 14 Dage siden. Mærket Udflod i et Par Dage; purulent Afskrab: + GK. Urin I uklar med Traade, II klar. Rp. Lapis 1 : 10,000.
1/6: Udfloddet standset. Urin klar i I og II.
8/6: Sparsomt graaligt Afskrab: ÷ GK. Urin klar.

14/6: Intet Udflod. Urin klar. Kplb. 0.
27/6: Mærker intet. Kplb. 0. Sep. Beh.
4/7: Mener at der atter er Udflod; klæbrigt Afskrab: ÷ GK. Urin klar.
8/7: Afskrab: + GK. Rep. Beh.
23/7: Mærker nu intet. Urin klar med Traade i I.
22/8: Intet Udflod. Kplb. 0.
12/9: Kplb. 0. Udskrives.
12/12: Har nu atter paadraget sig en Gonorrhoe. Afskrab: + GK. Urin I let uklar, II klar. Kplb. 0. Rp. Lapis 1:10,000.
17/1 28: Endnu Udflod. Urin klar. Kplb. 4.
31/1: Urin klar i begge Portioner. Expl. rect.: V. Prostatahalvdel føles haard og knudret.
20/2: Intet Udflod. Urin klar. Kplb. 5. Rp. Prostatamassage.
13/3: Fast Knude i v. Prostatahalvdel, ingen Ømhed. Kplb. 4.
24/3: Mærker intet. Urin klar. Expl. rect.: Prostata noget haard i v. Side. Sep. Beh.
20/4: Urin klar. Kplb. 4.
27/4: Intet Udflod (1 Time). Urin klar. Expl. rect.: Der er fast Svulst af v. Prostatahalvdel, ingen Ømhed. Rigeligt, men klart Eksprimat: ÷ GK.
23/5: Kplb. 1.

Nr. 108.
H. Pol. 572/28 og Afd. H. 319/28. Ug. Husass., 20 Aar.
Indl. 11/2; udskr. 21/5 28.

Gon.
Artralgier i Halshvirvler, Skuldre og Knæ.

11/2: Tidligere rask, har dog haft Febris reumatica i 1910. For et Par Dage siden begyndte Pt. at mærke Udflod fra Vagina og Smerter ved Vandladningen. Purulent Udflod fra Uretra: + GK.; der er Ødem og Infiltration omkring Orificium uretræ. Rigeligt purulent Udflod fra Cerviks, der er eroderet: + GK. Ingen Adenitis ingvinalis.
Sidste Coitus for 10 Dage siden. Rp. Lapis 1 : 1000. Hyp. kal. 1 : 3000.
13/2: Kplb. 0. Erosionerne uforandrede.
14/2: Pusbelagt Erosion omkring Orificium uretræ, der er Ødem i Omfanget, stærk Pussekretion fra Uretra.
16/2: Betydelig Infiltration af Uretras bageste Væg.
20/2: Kplb. 2. W.R. ÷.
25/2: Sekretionen fra og Svulsten af Uretra har tabt sig en Del. Rent purulent fra Uretra: + GK.; uklart Sekret fra Cerviks: + GK.
28/2: Kplb. 1. W.R. ÷.
5/3: Afskrab fra Uretra: + GK.; klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.

7/3: Kplb. 3.

15/3: Der holder sig i Uretras Munding et knap ærtstort, prominerende Granulom. Klar Slim fra Cerviks. Ved Expl. recto-vag. føles Uterus anteflekteret, let forstørret, ikke øm. Intet i Adneksa.

18/3: Afskrab fra Uretra: + GK. Klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.

20/3: Kplb. 4.

27/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.

31/3: Forsøgsvis Rp. 1 % Svovlolie, 4 cm³ intra-muskulært, stigende hver 8. Dag indtil 10 cm³.

2/4: Kplb. 6.

3/4: Der har været nogle Smerter i v. Skulder og Overarm.

7/4: Klager over Hovedpine og Nakkesmerter. Tp. 38,1°/37,6°.

8/4: Tp. 38,4°/37,6°. Stadig stærke Smerter i Nakken.

9/4: Tp. 38,8°/37,8°. Der er Smerter i Knæleddene.
Rp. Aspirin gr 1 × 4.

10/4: Der er ret stærke polyartikulære Smerter ved Bevægelse, men næsten ingen i roligt Leje. Ingen forudgaaende Angina; intet i Fauces. Næppe Svulst eller Rødme af de afficerede Led. Steth. cord.: intet abnormt. Kplb. 7.

13/4: Endnu lette Artralgier. Der er i Dag Smerter i v. Knæ og Skulder; begge Led bevæges frit.

18/4: Kplb. 6. I de sidste Dage ingen Ledsmerter, hverken spontant eller ved Bevægelse.

26/4: Kplb. 5. Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

30/4: Bevægelsen i Leddene er fuldstændig fri. Tp. normal.

2/5: Kplb. 2.

7/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

8/5: Har faaet 6 Svovlolie-Injektioner, sep.

9/5: Kplb. 1.

14/5: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Klart Cervikalsekret: ÷ GK. Ved Expl. recto-vag. intet abnormt.

15/5: Kplb. 1.

4/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1.

18/6: Menses adsunt. Kplb. 2.

25/6 og 23/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

21/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus lille, bevægelig. Adneksa naturlige, ingen Ømhed. Kplb. 0.
Udskrives.

Nr. 109.

H. 439/28. Ug. Elev, 23 Aar.

Indl. 24/3; udskr. 26/7 28.

Blennorrhoea uretræ.
Multiple Artroiter.

Pt. er i 6 Uger behandlet i Provinsen for »Gigtfeber«, ytrende sig ved Ledsmerter og høj Feber.

Oplyser at Kæresten for nylig har været behandlet paa Hosp. for Artritis (og Gon.?).

Pt. har siden Januar lidt af Udflod. Smerterne begyndte i h. Haandled i Begyndelsen af Februar; kort Tid efter ogsaa Smerter i h. Albu- og Skulderled. Efterhaanden blev flere og flere Led angrebne, saaledes at Pt. til sidst har undgaaet enhver passiv eller aktiv Bevægelse.

Der er nu stærk Svulst og periartikulært Ødem omkring h. Knæ- og Fodled; der er stærk Ømhed. Tillige klager Pt. sig voldsomt ved den mindste Bevægelse af h. Arm; der føles dog ingen Forandring af Leddene her. Steth. normal. Menses ad- sunt. Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

26/3: Stærke Smerter i h. Knæled, selv ved ganske ringe Berøring. Knæet maaler over Patella 41 cm, v. Knæ 38 cm. Sahli: 55 % (korr.) Kplb. 7. W.R. ÷.

29/3: Purulent Afskrab fra Uretra: + GK. Rp. Lapis 1:1000.

2/4: Pt. fikserer h. Skulderled; ved Forsøg paa Bevægelse følger Skulderbladet med. Rp. Forsigtige dgl. Bevægelser. Aspirin gr 5 dgl.

11/4: Kplb. 2. Sahli 70 % (korr.).

12/4: H. Albu kan nu aktivt flekteres til 90°. Derimod kan Knæet næsten ikke bevæges. Nogen Bevægelighed i h. Fodled. Rp. Massage.

18/4: Kplb. 3.

21/4: H. Fod kan ikke dorsalflekteres til ret Vinkel. Tværs over h. Knæ er Omfanget 40 cm, paa v. Knæ 38,5 cm. Svulsten er særlig lokaliseret til det periartikulære Væv; næppe større Ansamling i Leddet. Der holder sig ret betydeligt Ødem af h. Crus og Fodryg.

23/4: Bevægelserne lidt mere fri. Afskrab: ÷ GK. (Uretra).

25/4: Kplb. 4.

2/5: Kplb. 2. Kun lidt Udflod.

7/5: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

10/5: Stadig tiltagende Bevægelighed i Knæleddet.

14/5: Ingen Smerter i Leddene undtagen ved passive Bevæ- gelser. I Fodleddet er Bevægeligheden forøget, men det kniber med Dorsalfleksionen, der standser, naar Foden er bøjet til ret Vinkel.

15/5: Kplb. 0. Sahli: 82 % (korr.).

21/5: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Sep. Aspirin.

25/5: Endnu ringe Smerter i Knæleddet. Der er kun yderst ringe Bevægelighed i Leddet. Rp. Aspirin.

1/6: Kplb. 1. Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

7/6: De sidste Dage atter rigeligere Udflod.

11/6: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Bevægeligheden i h. Knæ er stadig meget ringe og synes ikke at have forandret sig i den sidste Maaned.

13/6: Kplb. 0.

18/6: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Omtrent klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.

21/6: Flad, rød Erosion paa Collum. Let blakket Udflod fra Uterus. Sekret fra en paruretral Gang: ÷ GK.

25/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

28/6: Tilstanden af Knæene uforandret i de sidste 6 Uger.

2/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklar Slim fra Cerviks: ÷ GK. En Erosion omkring Orificium uteri.

23/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Der er delvis Ankylose af h. Knæ og Fod.

Patienter af Gruppen »Kvindegonorrhoeen«.

Nr. 110.

H. Pol. 4637/27 og Afd. H 656/27. G. m. Skibskok, 28 Aar. Indl. 4/10; udskr. 14/11 27.

Blennorrhoea uretræ.
Paruretritis.
Catarrh. canal. cerv.

4/10: For 1 Aar siden Gigtfeber uden Komplikationer; var syg i 2½ Maaned. For 1 Maaned siden ekstramatrimonielt Coitus; er senere beskyldt for at have smittet sin Mand med Gon. Har selv ikke bemærket Symptomer. Indlægges til Observation. Genitalslimhinden er naturlig, intet i Gland. Bartholini. Slimet Afskrab fra Uretra og Cerviks: ÷ GK.

5/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

6/10: Kplb. 3. W.R. ÷. Afskrab fra Uretra: + GK. I Øjeblikket intet Sekret i Cervikalkanalen.

Rp. 1 %'s Svovlolie-Injektion intramuskulært stigende fra 3 til 7 cm^3 i Løbet af 5 Uger.

9/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

11/10: Kplb. 2.

17/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

18/10: Kplb. 4.

20/10: Purulent Udflod fra en paruretral Gang, der kommunicerer med Uretra. Purulent Udflod fra Uterus: ÷ GK.

23/10: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Purulent Slim fra Cerviks: ÷ GK.

25/10: Kplb. 5.

31/10: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklar Slim fra Cerviks: ÷ GK.

1/11: Kplb. 5.

7/11: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklar Slim fra Cerviks: ÷ GK.
8/11: Kplb. 3.
13/11: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Pusblandet Slim fra Cerviks: ÷ GK.
24/11 og 1/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
19/12: Kplb. 2. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udskrives.

Nr. 111.
H. Pol. 2830/26. Ug. Kokkepige, 21 Aar.
Gon.
16/8 26: Bemærker Udflod. Ingen Smerter ved Vandladningen. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Rp. Lapis 1 : 1000 og Hyp. kal. 1 : 3000.
23/8: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.
13/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Der er nogen Udflodsdermatitis.
3/11 og 10/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Sep. Beh.
8/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Der er rigeligt slimet Udflod fra Cerviks. Udskrives.
1/10 27: Er nu beskyldt for at have smittet en ung Mand. Der er Udflod, ingen Vandladningssymptomer. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.
12/3 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

Nr. 112.
H. Pol. 563/27. Ug. Husass., 32 Aar.
Blennorrhoea uretræ.
Catarrh. canal. cerv.
10/2 27: Har Smerter i Lysken og Blod i Urinen. Rigeligt purulent Udflod fra Uretra og Cerviks: + GK. Mere end nødstor Glandelsvulst i h. Ingven. Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal ¼ ‰.
24/2: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Bønnestor haard Glandel i v. Ingven. Intet i Gland. Bartholini. Der er Morpioner. W.R. ÷.
7/3: Klart fra Uretra: + GK. Purulent fra Cerviks: ÷ GK.
7/4: Sidste Menses langvarige, iøvrigt naturlige. Har rigeligt Udflod. Purulent fra Uretra: + GK. Blakket Slim fra Cerviks: + GK.
2/5: Kplb. > 10.
12/5: Intet Udflod. Ingen Dermatitis. Portio naturlig. Uretra: + GK. Blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK.
10/6: Uretra: + GK, Cerviks: ÷ GK.
7/7: Føler sig rask, spec. ingen Underlivstilfælde. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Pusblandet Slim fra Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus af naturlig Størrelse, anteflekteret, mobil, ikke øm. Intet i Salpinges. Udeblevet.

Nr. 113.

H. Pol. 2300/26. Ug. Kontoristinde, 23 Aar.

Gon.

5/7 26: Er beskyldt for Smitte. Lider af Udflod og Svien ved Vandladningen. Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Der er Erosion paa Portio. Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/4 ‰.

12/7: Uretra og Cerviks: + GK.

19/7: Klager over stærke Smerter ved Genitalia. Der findes en nødstor indolent Kirtel i h. Ingven. Introitus noget rød og irriteret. Uretra og Cerviks: + GK. Intet Tegn til Syfilis.

9/8: Uretra og Cerviks: + GK.

23/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

30/8 og 9/9: Uretra: + GK., Cerviks: ÷ GK.

27/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

4/11: Uretra: + GK, Cerviks: ÷ GK.

18/11: Ubetydeligt Udflod fra Uretra: ÷ GK. Næsten klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.

3/1 27: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

31/1: Uretra og Cerviks: + GK. Der er endnu Erosion paa Cerviks og purulent Udflod fra Cervikalkanalen. Der holder sig lidt Glandelsvulst i begge Ingvina.

2/2: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK.

7/2 og 22/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

28/2: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

7/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Intet abnormt ved Expl. recto-vag.

21/3, 11/4 og 25/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Sep. Beh.

16/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

23/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

13/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

27/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5. Expl. recto-vag. viser intet tydeligt abnormt, Uterus lille og mobil.

25/7: Uretra og Cerviks: + GK. Rep. Beh.

22/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

5/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

1/10: Intet abnormt ved Expl. recto-vag.

15/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

15/12: I den sidste Tid lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

20/1 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen særlig Adenitis ingv. W.R. ÷.

9/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

Nr. 114.

Afd. H. 520/27 og Pol. 491/27. Ug. Ekspeditrice, 17 Aar.

Indl. 1/7; udskr. 29/8 27.

Blennorrhoea uretræ.
Catarrh. canal. cerv.

1/7 27: Pt. smittedes med Gon. i December 1926; der paavistes + GK. fra Uretra og Cerviks, der var ingen Underlivstilfælde. Udeblev fra Behandling fra 1/4 27. I de sidste 8—14 Dage har Pt. bemærket Blod og Slim paa Afføringen, samt let Svie ved Vandladningen. Desuden er der kommen Udflod fra Genitalia og lette Smerter i h. Side af Underlivet, særlig efter sidste Menstruation. Ret rigeligt purulent Afskrab fra Uretra: + GK. Rigeligt purulent Slim fra Cerviks: + GK. Omkring Orif. uteri en Erosion. Afskrab fra Rektalslimhinden: ÷ GK. W.R. ÷. Rp. Lapis 1 $^{0}/_{00}$, og Hyp. kal. 1/3 $^{0}/_{00}$.

4/7: Tyndt purulent Udflod fra Uretra: + GK. Lille Erosion paa Portio, Cerviks: ÷ GK. Kplb. 10.

6/7: Afskrab fra Rektum: ÷ GK.

11/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Klart Cervikalsekret: ÷ GK.

13/7: Smerter i Underlivet; en Del Ømhed i h. Fossa iliaca, nærmest svarende til Appendiks-Stedet.

21/7: Smerter og Ømhed i Underlivet har tabt sig; Menses just ophørte. Kplb. 9.

31/7: Klart Sekret fra Uretra: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus retroflekteret, Bevægeligheden synes normal i Betragtning af Retrofleksionen. Ingen Ømhed eller Udfyldning i Ligamenterne. Paa h. Side føles et smuttende, ikke ømt Ovarium.

8/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

15/8 og 22/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

23/8: Kplb. 7. Ingen Underlivstilfælde.

27/9: Kplb. 5. Expl. recto-vag. ingen tydelig Udfyldning.

5/11: Kplb. 0. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

1/12: Kplb. 1.

2/2 28: Kplb. 1. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Nr. 115.

H. Pol. 3907/27 og Afd H 13/28. Ug. Elev, 17 Aar.
Indl. 25/10 27, udskr. 12/1 28.

Catarrh. canal. cerv.
Pityriasis simplex.
Ichtyosis.

4/10: Inficeret med Gon. i Marts 1927; beh. af Kredslægen, indtil hun 23/9 var symptomfri. Slimet Afskrab fra Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen Erosion; ingen Bartholinitis.

11/11: Kplb. 5.

18/10: Uretra og Cerviks: + GK.

25/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen Adenitis, Elytritis eller Erosion. Steth. cordis: Let systolisk Udtrækning ved Apex, P II større end A II.

26/10: Purulent Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Blakket Cervikalsekret: ÷ GK. W.R. ÷.

27/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
29/10: Kplb. 8. Der gives 1 %'s Svovlolie 3 cm³, stigende til 5 cm³, hver 8. Dag i 6 Uger. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
1/11: Der er fremkommen en frisk Herpesgruppe paa h. Side af Hagen. Kplb. 9. W.R. ÷.
3/11: Cervikalslimet indeholder talrige purulente Fnug: ÷ GK.
7/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
8/11: Kplb. 6.
14/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
19/11: Expl. recto-vag.: Uterus af naturlig Størrelse, anteflekteret, mobil, intet i Adneksa.
22/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
28/11 og 5/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
6/12: Kplb. 5.
10/12: Steth. cordis som tidligere.
12/12 og 19/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
20/12: Kplb. 6.
2/1 28: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Klar Slim fra Cerviks: ÷ GK.
3/1: Kplb. 4.
9/1: Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Halvklart Slim fra Cerviks: ÷ GK.
24/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
31/1 og 14/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen Smerter i Underlivet.
13/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
3/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
17/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.
15/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udskrives.

Nr. 116.
Afd. H. 430/27 og 636/27 samt Pol. 2849/27. Ug. Husass., 20 Aar.
Indl. 8/7, udskr. 14/7 27 og atter indl. 31/10, udskr. 2/11 27.
Blennorrhoea uretræ.
Puerperium.
8/7 27: Ikke tidligere Venerea. Skal for et Par Uger siden have smittet Kæresten med Gon. Er nu gravid i 6. Maaned. Purulent Sekret fra Uretra: ÷ GK. Intet fra Duct. Bartholini. Sparsomt Cervikalsekret: ÷ GK. Lille Erosion paa Portio. En Del Intertrigo i Genito-femoral-Regionen.
9/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷.
11/7: Pus fra Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.
12/7: Kplb. 5. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
14/7: Uretra: + GK.
28/7: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.
8/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

18/8: Uretra: + GK. Stadig en Del Udflod.
7/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
22/10 fødte Pt. paa Fødselsstiftelsen en levende Pige.
31/10: Afskrab fra Uretra: + GK.
1/11: Kplb. 7. W.R. ÷.
19/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.
5/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus er godt involveret, trukket helt over i v. Side og noget fikseret her; den er let anteflekteret, ikke øm; heller ingen Ømhed til Siderne.
19/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
13/1 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 8. Udeblevet.

Nr. 117.
H. Pol. 739/28. G. m. Guldsmed, 37 Aar.
Endometritis gon.
Proktitis gon.
Bartholinitis sin.
22/2 28: Manden behandles for Gon. Rigeligt Udflod fra Vagina. Stor, let blødende Erosion paa Collum. Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Kplb. 6.
1/3: Mærker noget Slim fra Anus. Der er purulent Udflod fra Uretra samt Svulst af v. Gland. Barth. Den everterede Rektalslimhinde er rød og irriteret, purulent Afskrab: + GK.
Indlagt paa Hospital.

Nr. 118.
H. Pol. 2239/27. Ug. Husass., 20 Aar.
Gon.
Bartholinitis dx.
9/6 27: Frygter Smitte. Purulent Sekret fra Uretra: + GK. Pusstribet Cervikalslim: ÷ GK. Lille Erosion omkring Orificium uteri. I h. Ingven en mandelstor, haard Glandel. W.R. ÷.
Rp. Lapis 1 ‰ Hyp. kal. 1/4 ‰.
16/6: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷.
20/6: Kplb. 5.
30/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Nødstor h.-sidig Bartholinitis, hvorfra der kan udtrykkes Pus: + GK. W.R. ÷.
14/7: Sparsomt Sekret fra Uretra: ÷ GK. Rigeligt blakket Slim fra Cerviks: + GK.
28/7: Pus fra Uretra: ÷ GK. Uklart Cervikalsekret: ÷ GK. Der er en lille Erosion paa Cerviks. Ved Expl. recto-vag. intet abnormt; Uterus er anteflekteret og mobil. Sparsomt Pus fra h. Gland. Barth.: + GK. Glandelen føles halværtstor. V. Gland. Barth. føles nøddekernestor, men ikke øm; intet Sekret herfra.
18/8: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Bartholiniterne uforandrede, dog intet Eksprimat.

1/9: Stadig purulent Afskrab fra Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

19/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

13/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen Erosion. Sep. Beh.

20/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

27/10: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6. Rep. Beh.

10/11: Uretra + GK. Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

24/11: Mærker intet. Uretra: kun Epithelceller. Cerviks: ÷ GK.

8/12: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

22/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

5/1 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag. intet abnormt. Kplb. 3. Sep. Beh.

12/1 og 26/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

23/2: Menses lige ophørte. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Rep. Beh.

19/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

26/3 og 2/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

12/4: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Expl. recto-vag.: Uterus anteflekteret, ikke forstørret. Lidt Stramning og Ømhed i v. Side, ellers intet.

16/4: Angiver at have haft Smerter i v. Fossa iliaca.

5/5: Menses adsunt. Kplb. 0.

7/9: Ingen Smerter, men meget Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

14/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: intet abnormt. Udskrives.

Nr. 119.

H. Pol. 949/28. G. m. Betjent, 32 Aar.

Obs. for Gon.
Anæmia gravis.

6/3 28: Ønsker sig behandlet for Gonorrhoe, har hidtil gaaet til Gonorrhoe-Behandling paa kommunal Klinik. Pt. gør et blegt og medtaget Indtryk. Klager over Kvalme, Opkastninger og Træthed. I en Maaneds Tid har Pt. haft Hoste. Der er betydelig Bleghed af Hud og Slimhinder. Steth. cordis: Grænserne let udvidede, Iktus i I.-C. V. i Medio-Klavikulærlinjen. Der høres en kraftig systolisk Blæsen over hele Prækordiet, særlig paa Mitralstedet og ved Apex. P. II er akcentueret. Steth. pulm. intet abnormt. Ringe Adenitis axillaris. Abdomen blødt, uden Ømhed. Intet abnormt ved Genitalia, ingen Ulcerationer eller Papler; intet Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag. intet abnormt. Sahli: 52 % (korr.). Blodbilledet normalt, bortset fra mange pessarformede røde Blodlegemer. W.R. ÷. Kplb. 10. Tp. 38 °. Indlægges paa Bispebjerg Hospital for Anæmia gravis.

18/3: Meddelelse fra B.B.H.: Pt. er afgaaet ved Døden; causa mortis: Endocarditis septica (gonorrhoica). Autopsien viste: Endocarditis polyposa valvulæ mitralis, Pericarditis, Salpingitis purulenta duplex.

Nr. 120.

H. Pol. 3671/24. Ug. Husass., 22 Aar.
Gon.
Syfilis.

30/10 24: Beskyldt for Smitte med Gon. Lidt Udflod i de sidste Uger. Ingen Smerter ved Vandladningen. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Rp. Lapis 1 % og Hyp. kal. 1/3 ‰.

10/11: En Erosion paa Portio. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

17/11 og 24/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

15/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Havde lidt Smerter i h. Side af Underlivet i Gaar. Expl. recto-vag. viser intet abnormt.

5/1 25: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

11/2: Den sidste Maaned Underlivssmerter. Menses stærkere. Sparsomt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

12/3: Stadig Smerter i Underlivet. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

16/4: Nu stort pletformet Syfilid og Adenitis universalis. W.R. 0.0.0.60.100. Rp. 606 og Bi.

8/10: Blakket Slim fra Cerviks: ÷ GK.

2/6 26: Klager over Smerter i Underlivet. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

26/8: Stadig Underlivssmerter. Expl. recto-vag.: Uterus naturlig, anteverteret og -flekteret. Ingen Udfyldning eller Ømhed i Adneksa.

28/10: Mærker endnu Udflod: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

6/2 27: Kæresten har Gonorrhoe. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

I Slutningen af April Maaned fjernedes h. Salpinx paa Provinssygehus paa Grund af Salpingitis.

14/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

20/10: Kplb. 8. W.R. ÷.

3/11: Stadig lidt Udflod, Uretra og Cerviks: ÷ GK.

1/3 28: Af og til Smerter i v. Side af Underlivet. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ved Expl. recto-vag. føles Uterus anteflekteret, ikke øm. I v. Ligament føles en pølseformet, ret fast, 3—4 cm lang, glat Udfyldning, kun lidt øm. W.R. ÷.

8/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

7/6: Kplb. 5. W.R. ÷.

21/6: Stadig en Del Underlivssmerter og Udflod.

Nr. 121.

H. Pol. 588/28. G. m. Arbmd., 28 Aar.
Gon.

13/2: Mærker Udflod, ingen Smerter ved Vandladningen. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

26/2—3/4 28 var Pt. indlagt paa St. Lukasstiftelsen, hvor der paa Grund af Salpingo-oophoritis gjordes Laparotomia cum salpingooophorektomia sin. Der fandtes en fingertyk Pyosalpinx og et valnødstort Pyovarium. Expl. recto-vag. (ved Udskrivelsen): intet Eksudat.

12/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

24/4: Stadig Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

1/5: Uretra: + GK., Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3. Rp. Lapis 1 % og Hyp. kal. 1/3 ‰.

18/5: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK.

1/6: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

14/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

21/6: Uretra og Cerviks: + GK.

5/7 og 27/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

9/8: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

23/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

3/9 og 17/9: Rigeligt slimet-purulent Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

8/10: Kplb. 2.

29/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

26/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

6/12 og 29/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

24/1 29: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1.

Nr. 122.

H. Pol. 3793/25. Ug. Syerske, 20 Aar.
Syfilis.
Gon. antea.

20/10 25: Stort forsømt syfilitisk Udbrud. Rp. 914 og Bi.

10/2 26: Har tidligere haft Gonorrhoe, og vil gerne undersøges desangaaende. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

13/8: Beskyldt for Smitte med Gonorrhoe. Intet Udflod, ingen Smerter ved Vandladningen. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

25/8 og 16/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

1/11: Der er Udflodsdermatitis og en stor Erosion paa Portio.

10/1 27: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

27/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Har haft stærke Smerter i begge Sider af Underlivet. Expl. recto-vag.: Stor v.-sidig øm Salpingitis og nogen sukkulent Svulst af Uterus.

23/2 28: Indlagt paa gynækologisk Afdeling fra 3/1—21/2 28. Her fjernedes ved Laparotomi alle Genitalia interna med Undtagelse af v. Ovarium. Kplb. 2. W.R. ÷.

10/5: Kplb. 0. W.R. ÷.

Nr. 123.

Afd. C. 54/XII 27. Ug. Elev, 16 Aar.

Indl. 14/10, udskr. 20/12 27.

Hydro-pyosalpinx c. peritonitide.

I 1917 behandledes Pt. — da 6 Aar gammel — for Vulvovaginitis gon.

14/10 27 fik Pt. pludselig stærke Smerter i Underlivet, Kvalme, Opkastning og let Temperaturforhøjelse (37,6). Ved Laparotomi fandtes en bristet Pyo- eller Hydrosalpinx, idet h. Salpinx præsenterede sig som en blød, sammenfalden, tarmagtig Dannelse, hvis ovariale Ende bestod af en bristet Sæk, som i udspilet Tilstand saa ud til at have været saa stor som en knyttet Haand eller mere. Tuba var mindst 20 cm lang, stærkt bugtet, uden Adhærencer. V. Tuba fandtes noget fortykket, iøvrigt naturlig. Mikroskopi af Vædsken i Peritoneum viste en Mængde polymorfe Leukocyter, ingen sikre Bakterier. Ved Podning fandtes ingen Vækst. Histologisk Undersøgelse viste: Salpingitis acuta in chronica. Sekret fra Vagina: ÷ GK. faa Leukocyter, mange Epitelceller. Sekret fra Uretra: ÷ GK., enkelte Leukocyter, mange Epitelceller.

31/10: Kplb. 2.

17/11: Kplb. 0.

12/12: Kplb. 0.

Nr. 124.

H. Pol. 568/26 og Afd. H. 50/26 og 571/27. Ug. Pige, 17 Aar.

Indl. 5/12 25, udskr. 28/1 26 og atter indl. 22/7, udskr. 22/9 27.

Syfilis 1925.

Gon.

Salpingitis dx.

5/12 25: Sidste Coitus for 1½ Maaned siden; 3 Uger senere Udflod samt Svien ved Vandladningen og Hudløshed paa Genitalia. Purulent Udflod fra Uretra: + GK. Purulent Cervikalsekret: + GK. Rp. Lapis 1 ‰ og Mianin 1 ‰.

21/12: Eroderet Induration paa v. Lab. maj.: + Spirochaete pall. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Rp. 606 og Bi.

28/12: Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.

25/1 26: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

25/4—22/7 27 behandledes Pt. paa Kbhvns. Amtssygehus paa Grund af Underlivstilfælde. Ved Expl. recto-vag. fandtes gentagne Gange Uterus noget fikseret til h., hvor der var ømme Udfyldninger. I Sekret fra Uretra fandtes + GK., ÷ GK. i Cervikalslim.

22/7, 23/7 og 29/7 fandtes ÷ GK. fra Uretra og Cerviks. Der var stadig Smerter og Udflod.

23/8: Kplb. 6.

29/8: Kplb. 6.
12/9 og 19/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
20/9: Kplb. 5.
I Januar 28 gjordes paa Provinssygehus Salpingektomia sin.
19/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3. W.R. ÷.

Nr. 125.
H. Pol. 4413/27. Sep. Hustru, 21 Aar.
Salpingitis.
8/11: Behandlet paa Hospital for 2 Aar siden for Gon. og Salpingitis. Er nu beskyldt for Smitte. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Paa Portio en Erosion. Kplb. 3.
17/11: Har stadig af og til Smerter i begge Fossæ iliacæ. Menses regelmæssige, men ret profuse. Afskrab fra Uretra: ÷ GK., let blødende Erosion paa Portio samt purulent Cervikalslim: ÷ GK. Klart Sekret fra Duct. Bartholini: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Stramning og nogen Ømhed til h. for Uterus, ingen større Udfyldninger. Udeblevet.

Nr. 126.
H. Pol. 2879/19. Ug. Fabriksarbejderske, 20 Aar.
Gon.
Salpingitis.
Syfilis.
3/9 19: I 1 Maaned behandlet af privat Læge for Gon. I de sidste 14 Dage stærk Blødning. Expl. recto-vag.: Uterus stærkt retroflekteret; intet i Adneksa.
8/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Ingen Blødning.
15/9: Stadig Smerter og Udflod. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: som 3/9.
22/9, 27/10 og 10/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Udskrives.
16/8 og 23/8 20: Stadig Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
20/9: Uretra og Cerviks: + GK. Rp. Lapis 1 ‰ og
Hyp. kal. 1/3 ‰.
11/10, 8/11, 22/11 og 13/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
Udskrives.
19/9 21: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Pletpapelformet Syfilid. W.R. 0.0.60.100. Rp. 606 og Smørekure.
30/1 og 13/2 22: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Stadig Udflod.
22/8 27: Beskyldt for Smitte med Gon. Blødende Erosion paa Collum. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus kan ikke isoleres fra en Intumescens, der ligger bag Uterus. Collum meget haard. Kplb. 4. W.R. ÷.
Indlagt paa gynækologisk Afd.

Nr. 127.
H. Pol. 2867/19. Ug. Husbestyrerinde, 23 Aar.
Gon.

Salpingitis.
Syfilis.

2/9 19: I 1918 behandlet paa Hospital for Salpingitis. Nu netop udskrevet fra Rud. Berghs Hosp., hvor hun behandledes for en frisk syfilitisk Infektion. Rp. Smørekure.

20/6 21: Klager over Underlivssmerter og Udflod. Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Expl. recto-vag.: Der føles en hønseægstor øm Udfyldning til v. for Uterus.

14/11: Uretra: ÷ GK. Graalig Cervikalslim: + GK.

5/1 22: Smerterne aftagne. Uretra + GK. Cerviks: ÷ GK. Stor Erosion paa Collum.

6/3, 18/3 og 15/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

29/5: Bubo ingvinalis dx.

9/6 27: Ønsker sig undersøgt for Gon., da hun er beskyldt for Smitte. Har til Stadighed lidt af Udflod. Menses er meget uregelmæssige. Ved Uretralmundingen en blødende Polyp. Ingen Erosion paa Collum. Purulent Slim fra Cerviks. Expl. recto-vag.: Corpus føles forstørret og noget fast, er trukket over til h. Der føles til h. en ca. appelsinstor, ret fast Tumor, der synes adskilt fra Corpus. Har nylig været hospitalsbehandlet for Menorrhagi.

16/6: Rigeligt purulent Sekret fra Uretra: ÷ GK. Rigeligt purulent Cervikalslim: + GK. Kplb. 4.

30/6 og 12/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

25/7: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK.

Nr. 128.

H. Pol. 2736/25 og 1938/27. Ug. Arbejderske, 21 Aar.
Gon.
Salpingitis.
Syfilis.

29/7 25: Meget Udflod. Uretra: + GK. Cerviks: ÷ GK.
Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/4 ‰.

21/9: I de sidste Dage lidt af Ømhed og Smerter i h. Fossa iliaca. Expl. recto-vag.: Collum tapformet, presset over til v.; til h. og bag Uterus føles store Udfyldninger. Uretra og Cerviks: + GK. Udeblevet.

16/5 27: Kæresten har faaet Gonorrhoe. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Indureret Saar paa h. Lab. maj.: + Spirochaete pallida. Kplb. 4. Rp. 914 og Bi.

30/5: Stadig Udflod. Erosion paa Collum. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

27/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2. W.R. ÷.

8/8 og 29/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

16/1 28: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Kplb. 2. W.R. ÷.

23/1: Uretra og Cerviks: + GK.

5/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

11/6: Kplb. 0.

Nr. 129.

H. Pol. 4348/27. Ug. Husass., 28 Aar.

Gon.

Salpingitis.

4/11 27: Beskyldt for Smitte med Gon. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

11/11: Uretra: ÷ GK., Cerviks: + GK. Expl. recto-vag. viser intet abnormt.

10/12 og 17/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

31/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.

12/1 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus af naturlig Form, Leje og Bevægelighed; svarende til h. Ovarium føles en pigeonstor Udfyldning. Tubæ føles ikke fortykkede.

29/5: Intet Udflod. Ingen Smerter. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Den omtalte Udfyldning er betydelig mindre. Iøvrigt som sidst.

Nr. 130.

H. Pol. 790/20 og 4294/26 samt Afd. H. 32/20 og 154/23. G. m. Chauffeur, 23 Aar.

Indl. 12/11 19, udskr. 15/1 20 og atter indl. 6/3, udskr. 22/3 23.

Syfilis congenita.

Gon.

Salpingitis duplex.

12/12 19: Syfilis cong. W.R. 0.60.100. Paa Grund af Prurigo vulvæ undersøgtes Uretralsekretet 6 Gange — med negativt Resultat for Gonokokker.

10/5 20: Har i 4 Dage haft Smerter i Underlivet. Vandladningen fri. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: ømme Udfyldninger svarende til Adneksa.

1/6: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK. Rp. Albargin 1/3 $^{0}/_{00}$ og Hyp. kal. 1 $^{0}/_{00}$.

26/7 og 20/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

3/1 21: Har Underlivssmerter. Expl. recto-vag.: Udfyldninger svarende til Adneksa. Kun lidt Udflod.

12/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus er af naturlig Størrelse og Form, dekstroponeret af en ca. mandarinstor, øm Udfyldning, der svarer til de v.-sidige Adneksa; ogsaa til h. en mindre Udfyldning. Uterus er ret frit bevægelig.

17/1 22: Uretra ÷ GK. Stadig Smerter. Expl. recto-vag.: Stadig betydelig Ømhed til begge Sider for Uterus, dog synes Udfyldningerne til Siderne for Uterus meget mindre.

6/2, 13/3 og 20/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

11/9: Stadig Underlivssmerter. Ubetydeligt Udflod. Expl. recto-vag.: Blød, øm Udfyldning til h. for Uterus, som er frit bevægelig.

29/1 23: Uretra: ÷ GK., Cerviks: + GK. W.R. ÷.

6/3: En Del mukopurulent Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
9/11: Uretra og Cerviks: + GK.
21/1 og 4/2 24: Uretra og Cerviks: + GK.
10/9 25: Pt.s Mand har faaet Gonorrhoe. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
14/9 25 og 7/9 26: ÷ GK.
22/11 26: Atter Udflod. Uretra og Cerviks: + GK.
13/12: Uretra og Cerviks: + GK.
20/12: Uretra: ÷ GK. Cerviks: + GK.
6/1, 14/1, 8/2 og 28/2 27. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
10/2 28: Beskyldt for Smitte. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 7.
16/2 og 5/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
12/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.
6/8: Har i to Maaneder været sengeliggende paa Grund af Underlivsbetændelse. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
16/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Rejst til Udlandet.

Nr. 131.
H. Pol. 1190/28. G. m. Mekaniker, 43 Aar.
Salpingitis.
Defluv. capill.
22/3 28: Behandlet paa Rud. Berghs Hosp. fra December 27 til 7/1 28 for Gonorrhoe og Salpingitis. Uretra og Cerviks: ÷ GK. W.R. ÷. Kplb. 6 (Kontrolprøve: 7). Manden har faaet Gonorrhoe.
6/6: Kplb. 5. Gynækologisk Afdeling tilraader Indlæggelse til Operation for Salpingitis.

Nr. 132.
H. Pol. 4082/25. Ug. Køkkenpige, 19 Aar.
Gon.
Salpingitis.
Graviditas.
9/11 25: Har for 1½ Aar siden været behandlet for Gonorrhoe. Uretra og Cerviks: + GK. Pt. er gravid i 3. Maaned.
Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/4 ‰.
19/11 og 4/12: Uretra: + GK.
7/1 og 11/2 26: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Sep. Beh.
3/3 27: Stadig lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Der findes en Udfyldning tæt op ad Uteri v. Rand.
24/3—4/5: Indlagt paa Hospital for Salpingitis, Metrorrhagia.
23/5: Kplb. 12.
25/8: Mærker intet. Sparsomt Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Klar Slim fra Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Lille Udfyldning tæt op ad v. Side af Uterus, kun lidt øm.
22/9: Skal have smittet en anden. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

26/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 8.
27/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Conjunktivit paa h. Øje: ÷ GK. Kplb. 8.
4/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
25/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.
5/1 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
16/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
11/3: Expl. recto-vag.: Uterus retroflekteret, af naturlig Størrelse. Ingen tydelig Udfyldning til v., men hun angiver stadig lidt Ømhed her. Til h. for Uterus, tæt op ad denne, men dog tydelig adskilt herfra, findes en mandarinstor, lidt knudret, fast, ikke øm Udfyldning.
22/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
23/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK., Expl. recto-vag.: Der føles stadig en betydelig Udfyldning til h. for Uterus. Kplb. 5.
21/6: Har lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
9/7 og 6/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
13/8: Mærker intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

Nr. 133.
H. Pol. 2528/26. Ug. Husass., 21 Aar.
Syfilis 1925.
Salpingektomiæ seqv.
22/7 26. I Oktober 25 behandlet hos privat Læge for Ulcus induratum. I August 25 opereredes Pt. for Salpingitis. Nu Papler i Plantæ. W.R. 60.100. Rp. 606 og Bi.
19/1 28: Kplb. 3.
16/2: Har stadig af og til lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
1/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Pt. er meget svær efter Salpingo-Oophorektomien. Expl. recto-vag.: Uterus er af naturlig Størrelse, let anteflekteret. Der er Ømhed og strengformet Fortykkelse lige bag h. Uterinhjørne, samt Stramning i h. Ligament.
29/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
7/6: Kplb. 2. W.R. ÷.
21/6: Kplb. 2.
30/8: Uretra: ÷ GK., Cerviks: + GK. Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/3 ‰.
13/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
15/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1. W.R. ÷.
29/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Sep. Beh.

Nr. 134.
H. Pol. 4196/26. Ug. Vaskeriarbejderske, 23 Aar.
Syfilis.
Gon.
15/11 26: Behandlet her for Syfilis i 1923. Nu W.R. ÷.

20/10 27: Har tabt sig en Del. Lumbalpunktur: normale Forhold.

21/6 28: W.R. ÷. Kplb. 4.

28/6: Oplyser at være behandlet paa Sygehus for Salpingitis i 1925. Lider stadig af Udflod samt i Perioder af Underlivssmerter. Uretra og Cerviks: + GK. Expl. recto-vag.: Uterus er fast fikseret af store Udfyldninger, der er meget ømme, navnlig til h. og bag Uterus. Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/3 ‰.

16/7: Stadig Smerter i begge Sider af Underlivet. Uretra: ÷ GK.

30/7: Stadig stærke Smerter, navnlig i h. Fossa iliaca. Tp. 38,3 °. Expl. recto-vag.: Store ømme Udfyldninger i begge Sider. Indlægges.

Nr. 135.

H. Pol. 2250/27. Sep. Arbejderske, 33 Aar.

Gon.

9/6 27: Frygter Smitte, har hyppig Vandladningstrang og lidt Udflod. Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Blakket Cervikalslim: ÷ GK.

20/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Vandladningen stadig hyppig. Kplb. 2.

27/6: Uretra: + GK., Cerviks: ÷ GK. Rp. Lapis 1 ‰ og Hyp. kal. 1/4 ‰.

11/7, 18/8 og 8/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Stadig Udflod.

26/9: Kplb. 3.

24/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

7/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

28/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

16/1 og 6/2 28: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

8/3: Kplb. 4.

23/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Nogen Stramning og Ømhed samt Udfyldning til h. for Uterus.

11/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

7/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

5/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

Nr. 136.

H. Pol. 2316/27 og Afd. H. 474/27. Ug. Husass., 17 Aar.

Indl. 28/6; udskr. 5/8 27.

Gon.

Salpingitis.

15/6 27: 14 Aar gammel Gigtfeber. Siden Nytaar 1927 Udflod, fra 5/1 til 16/4 27 behandlet paa Hospital for Salpingitis. Purulent Afskrab fra Uretra: ÷ GK. Rigelig blakket Cervikalslim: ÷ GK. Expl. recto-vag.: I h. Side en lille, øm Udfyldning, ikke tydelig afgrænset fra Uterus.

21/6: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Der er noget hvidligt Ud-

flod samt perigenital Dermatitis. Nogen Rødme af Collum; Cervikalslimen er klar med enkelte Pusstriber. Kplb. 6.

28/6: Purulent Sekret fra Uretra: ÷ GK.; pusstribet Cervikalslim: + GK.

5/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 8.

11/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

18/7: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 7.

31/7, 16/8 og 30/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

20/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 5.

4/10: Uretra og Cerviks: + GK.

1/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6.

15/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 6 (Kontrol 5).

13/12: Lidt Udflod. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

10/1 28: Uretra: ÷ GK.; purulent fra Cerviks: ÷ GK.

Nr. 137.

H. Pol. 3906/27 og Afd. H. 83/28. Ug. Elev, 17 Aar.

Indl. 25/10 27; udskr. 17/2 28.

Catarrh. can. cerv.
Salpingitis duplex.

4/10 27: For 3 Aar siden behandlet paa Provinssygehus for Gonorrhoe, siden da stadig lidt Udflod. I den sidste Maaned forøget Udflod samt hyppig skærende Vandladning. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus er af naturlig Form, Størrelse og Lejring; der er Udfyldning i begge Sider.

11/10: Kplb. 7.

18/10: Der er Smerter i begge Sider af Underlivet. Uretra: ÷ GK., Cerviks: + GK.

25/10, 26/10 og 28/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

29/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 10. Der gives ugentlige 1 % Svovlolie-injektioner fra 3 til 10 cm^3, ialt 6.

31/10: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

1/11: Kplb. 8.

3/11: Uretra tør; i Collum findes klar Slim med talrige, smaa purulente Strøg: ÷ GK.

7/11: Kplb. 7.

11/11 og 14/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

19/11: Expl. recto-vag.: Lille øm Udfyldning svarende til v. Ligament. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

22/11: Smerter over v. Lig. Poup. Kplb. 7.

29/11: Der er stadig salpingitiske Smerter. Kplb. 6.

5/12: Smerterne er ophørt. Kplb. 4.

20/12: Kplb. 3.

2/1 28: Atter Smerter over v. Lig. Poup. Kplb. 4.

10/1: Smerterne aftager. Kplb. 3.

24/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.

30/1: Atter Smerter. Expl. recto-vag.: Uterus er trukket noget over i v. Side, hvor der synes at være nogen Udfyldning.

8/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1.

10/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2. Stadig Underlivssmerter. Expl. recto-vag.: Ømhed til Siderne for Uterus, men ingen Udfyldning.

26/11 meddeles, at Pt. atter er indlagt paa Sygehus for Underlivstilfælde.

Nr. 138.

H. Pol. 4351/27. Ug. Syerske, 27 Aar.
Gon.

4/11 27: Pt. er i 1922 behandlet paa gynækologisk Poliklinik for Underlivsbetændelse. Er nu beskyldt for Smitte. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

10/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

28/11: Har siden 1922 af og til haft lette Smerter over v. Lig. Pouparti. Afskrab fra Uretra: ÷ GK, enkelte Pusstriber i Cervikalslimen: + GK (enkelte). Expl. recto-vag.: Uterus er anteflekteret, trukket over til v. ved en Stramning i v. Ligament.

13/12 og 21/12: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

10/1 28: Uretra: ÷ GK. Purulent fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.

30/1: Mærker intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

29/12: Udskrives.

Nr. 139.

H. Pol. 1136/28. Sep. Syerske, 19 Aar.
Gon.
Salpingitis.
Scabies.

18/3 28: Der skal andetsteds være konstateret Gonorrhoe. Uretra: ÷ GK. Purulent fra Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.

19/3, 22/3 og 27/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

31/5: Pt. har Scabies. Kplb. 0.

19/6: Uretra: + GK., Cerviks: ÷ GK. Talrige Kondylomer.

29/6: Endnu lidt Udflod. Uretra: ÷ GK., Cerviks: + GK.

2/7: Klager over Smerter i h. Side af Underlivet. Tp. 38,7°. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Stor meget øm Udfyldning til v. for Uterus. Kplb. 2. Indlægges.

Nr. 140.

H. Pol. 1626/28. Ug. Husass., 16 Aar.
Gon.
Salpingitis dx.

23/4 28: Pt. er lige udskrevet fra Bispebjerg Hosp., hvor hun er blevet behandlet for Salpingitis. Uretra og Cerviks: ÷ GK.

Kplb. 3. Expl. recto-vag.: En kun lidt øm Udfyldning til h. for Uterus. Rp. Hede Udskylninger.

7/5 og 21/5: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

11/6: Har Smerter i begge Sider af Underlivet. Uretra og Cerviks: + GK.

2/7: Ingen Smerter. Kplb. 3.

6/8: Mærker intet. Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2. Sep. Beh.

13/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

8/9: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 2.

8/10 og 28/11: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

17/12: Udskrives.

Patienter af Gruppen »Børnegonorrhoeen«.

Nr. 141.

H. Pol. 694/27 og Afd. H. 47/28. 14-aarig Pige.

Indl. 4/7 27; udskr. 2/2 28.

Gon.

Salpingitis.

14/7 27: Barnet overflyttes fra Børneafdelingen, hvor hun for 2 Dage siden indlagdes for Subfebrilia, Undervægt, Obs. Hun har tidligere været rask. I den sidste Uge før Indlæggelsen har der været en Del Udflod fra Genitalia, samt af og til lidt Svien ved Vandladningen.

Hun er meget lille af sin Alder, uden Tegn til begyndende Pubertet. Udseendet svarer nærmest til et 10 Aars Barns. Der er Rødme af Genitalia samt purulent Udflod: + GK. Ved Expl. rect. føles intet sikkert abnormt.

15/7: En Del Irritation omkring Orificum uretræ og i hele Vulva, men næppe mere end svarende til den stærke purulente Sekretion; ingen Tegn til friske Læsioner, men Hymen synes at være bristet. Der synes ogsaa at komme Pus fra Vagina.

Rp. Kogt Vand og Lapis 1 ‰.

18/7: Stadig rigeligt Udflod. Kplb. 2.

31/7 og 8/8: Rigeligt purulent Udflod: + GK.

15/8: Uretra og Vagina: ÷ GK.

23/8: I 3 Dage klaget over Smerter i Underlivet; der er Ømhed svarende til begge Salpinges. Kplb. 1.

25/8: Smerterne er svundne. Der holder sig meget rigeligt Udflod fra Vulva: + GK.

29/8: Afskrab fra Uretra: + GK. Kplb. 2.

5/9: Kplb. 3.

11/9: Vulva: + GK. (enkelte).

12/9: Rigeligt Udflod: ÷ GK. Kplb. 3.

16/9 og 18/9: Vulva: ÷ GK.
20/9: Kplb. 3.
26/9: Vulva: ÷ GK. Kplb. 4.
3/10: Udfloddet er mindre og overvejende af epitelial Karakter: ÷ GK. Kplb. 1.
10/10: Hvidligt Udflod: ÷ GK. Klpb. 0.
13/10 og 17/10: Epitelialt Afskrab: ÷ GK.
18/10: Kplb. 0.
23/10: Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
27/10: Klager nu atter over Smerter i v. Fossa iliaca. Kplb. 4.
29/10: Kplb. 3.
31/10: Stærke Smerter i v. Fossa iliaca. Afskrab: ÷ GK.
1/11: Endnu lidt Smerter i v. Fossa iliaca. Stadig en Del Udflod, men dette er dog ikke tiltaget. Kplb. 2.
7/11: Afskrab: ÷ GK.
8/11: Kplb. 1.
14/11: Kun ubetydelig Ømhed. Afskrab: ÷ GK.
15/11: Kplb. 1.
20/11: Ved Expl. rect. føles en lille Udfyldning og Stramning i v. Ligament, intet i h. Side.
22/11: Kplb. 0.
28/11: Ingen Smerter. Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
5/12: Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
12/12: Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
20/12: Kplb. 0. Afskrab: ÷ GK.
29/12: Kplb. 0.
3/1 28: Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
9/1: Afskrab: ÷ GK. Kplb. 0.
19/1, 23/1, 29/1, 20/2 og 14/3: Afskrab: ÷ GK.
4/4: Kplb. 0. Udskrives.

Nr. 142.
Afd. H. 509/28. 14-aarig Pige.
Indl. 4/4, udskr. 11/5; og atter indl. 15/5, udskr. 3/9 28.
Condylomata.
Blennorrhoea uretræ.
Catarrh. canal. cerv.
Salpingitis dx.
4/4: Pt. har i nogle Maaneder bemærket »Vorter« paa Genitalia. Ingen Vandladningssymptomer, men rigeligt gulligt Udflod fra Vagina. I den sidste Tid Smerter i begge Fossa iliacæ. Talrige Kondylomer paa og om Genitalia. Uretra og Cerviks: ÷ GK.
5/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK; halvklart Cervikalsekret: ÷ GK.
11/4: Kplb. 0. Til Kondylomerne. Rp. 2 % Resorcinopl.
16/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.

18/4: Kplb. 0.
19/4 og 23/4: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.
28/4: Expl. recto-vag.: Uterus næppe forstørret.
5/5: W.R. ÷. Kplb. 5. Udskreves 11/5.
15/5: Pt. indkaldes atter, efter at Resultatet af Kplb. af 5/5 er modtaget. Der er purulent Udflod fra Uretra: + GK.; purulent Cervikalslim: + GK. Expl. recto-vag.: Ømhed og Stramning til h. for Uterus, men ingen sikker Udfyldning. Kplb. 1. Der gives ugentlige intramuskulær 1 % Svovlolie, stigende fra 4 til 9 cm^3, ialt 6 Injektioner.
18/5: Klager over Ømhed og Smerter svarende til v. Salpinx. Kplb. 2.
19/5: En Del Smerter. Kplb. 3.
21/5: Kun lidt Udflod. Stadig Ømhed i begge Fossæ iliacæ, navnlig h. Kplb. 4.
22/5: Kplb. 3.
23/5: Kplb. 4.
24/5: Kplb. 4.
25/5: Kplb. 3.
26/5: Kplb. 3.
29/5: Kplb. 2.
30/5: Kplb. 2.
31/5: Kplb. 2. Afskrab fra Uretra: ÷ GK.
1/6: Kplb. 1.
4/6: Kplb. 1.
11/6: Kplb. 2. Endnu lidt Ømhed af Underlivet.
16/6: Atter stærke Underlivssmerter. Kplb. 1.
18/6: Smerterne aftagne. Afskrab fra Uretra: + GK.
19/6: Kplb. 3.
21/6: Sep. Svovlolie-injektioner,
Rp. Lapis 1 % til Uretra.
23/6: Kplb. 1.
25/6: Afskrab fra Uretra: + GK.
26/6: Kplb. 1.
28/6: Kplb. 2.
2/7: Afskrab fra Uretra: + GK.; halvklar Cervikalslim: ÷ GK.
3/7: Kplb. 3.
5/7: Gult flødeagtigt Pus fra Uretra: + GK. Expl. recto vag.: der angives Ømhed svarende til v. Salpinx, men der findes intet abnormt.
9/7: Afskrab fra Uretra: + GK.
11/7: Afskrab fra Uretra: + GK. Kplb. 1.
16/7: Afskrab fra Uretra: + GK. Kplb. 3.
19/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK.
23/7 og 26/7: Afskrab fra Uretra og Vagina: ÷ GK.
30/7: Afskrab fra Uretra: ÷ GK., klar Cervikalslim: ÷ GK. Kplb. 1.

2/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
6/8: Uretra: ÷ GK.; klar Cervikalslim: + GK.
9/8 og 13/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1. (13/8).
16/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
20/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 0.
23/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Expl. recto-vag.: Uterus lille og mobil, anteflekteret, intet i Adneksa. Kplb. 1. Sep. Beh.
30/8: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 1.
31/8: Kplb. 1.
1/9: Kplb. 0. Udskrives.

Nr. 143.
Afd. H. 220/28. 14-aarig Pige.
Indl. 31/12 27; udskr. 16/4 28.

Blennorrhoea uretræ.
Bartholinitis duplex.
Catarrh. canal. cerv.

31/12 27: I de sidste 2—3 Dage Smerter ved Vandladningen samt Smerter og Hævelse i Vulva. I Gaar Perforation med Udtømmelse af rigeligt Pus. Der findes en valnødstor v.-sidig Bartholinitis med fin Perforationsaabning, hvorfra gulgrønt, blodblandet Pus: ÷ GK. Der er betydeligt Ødem af Labia minora samt Præputium clitoridis; paa Indsiden af h. Lab. min. en næsten ærtstor Fistelaabning uden Sekretion. Sparsomt purulent Sekret fra Uretra: + GK.
1/1 28: Rigeligt tyndtflydende Pus fra h. Gland. Bartholini. Rp. Lapis 1 %.
3/1: Kplb. 5. W.R. ÷.
5/1: Begge Bartholiniterne har tømt sig, og Infiltrationen er svundet. Cervikalslimen er lidt uklar, men uden tydelige Pusstriber: ÷ GK.
9/1: Uretra: ÷ GK.; pusblandet Cervikalslim: ÷ GK.
16/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
23/1 og 30/1: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 4.
1/2: Kplb. 4. Ved Expl. recto-vag. føles intet abnormt.
6/2: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
8/2: Kplb. 5.
9/2: Uretra: + GK.
13/2: Uretra og Cerviks: + GK. Rp. 1% Svovlolie-injektioner ugentlig, stigende fra 4 til 9 cm^3, ialt 6 Injektioner.
20/2: Uretra: + GK, Cerviks: ÷ GK.
21/2: Kplb. 2.
27/2: Purulent fra Uretra: + GK.; halvklart fra Cerviks: ÷ GK.
5/3: Uretra: + GK.; let blakket Cervikalsekret: ÷ GK.
8/3: Kplb. 4.
12/3 og 19/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.

20/3: Stadig en Del Vaginaludflod. Kplb. 3.
26/3: Uretra og Cerviks: ÷ GK.
2/4: Uretra og Cerviks: ÷ GK. Kplb. 3.
14/4: Expl. recto-vag.: intet sikkert abnormt.
16/4: Kplb. 5. Udskrives.

Nr. 144.
Afd. H. 439/27. 14 Maaneders Pige.
Indl. 17/5; udskr. 18/7 27.
Vulvovaginitis gon.

17/5: Pt.s Fader havde Uretritis gon. for 1½ Maaned siden. For 3 Uger siden bemærkedes gulligt Udflod fra Barnets Genitalia; i de sidste 8 Dage har Barnet grædt under Vandladningen. Purulent Sekret mellem Labia: + GK. Rp. Hyp. kal. ¼ ‰.
19/5: Afskrab: ÷ GK.
22/5: Udfloddet standset. Afskrab: ÷ GK.
24/5: Kplb. 5. W.R. ÷.
30/5: Intet Udflod. Afskrab: ÷ GK.
13/6: Ret rigeligt purulent Sekret fra Vulva: + GK. Kplb. 4.
20/6: Sparsomt Afskrab: + GK.
27/6: Intet Udflod. Afskrab: ÷ GK.
4/7: Ubetydeligt Afskrab: ÷ Leukocyter, + enkelte ukarakteristiske Diplokokker.
11/7: Afskrab: ÷ GK.
18/7: Intet klinisk Tegn til Gonorrhoe. Sparsomt Afskrab: ÷ GK. Kplb. 3. Udskrives.

LITERATURFORTEGNELSE

Ahlstrøm, E.: Forhandlinger ved nordisk kirurgisk Forenings 15. Møte i Kjøbenhavn, 25.—27. Juni 1925, Oslo 1925, tillegget.

Albarran et Jungano: Ann. d. mal. d. org. génito-urin. **25** — 1730 — 1907.

Almquist: Act. derm.-vener. **6** — 355 — 1925.

Arkwright, J. A.: Journ. of Hyg. **11** — 515 — 1911.

Balbi, E. e Balduzzo, G.: Giorn. ital. di derm. e sif. **68** — 573 — 1927.

Baumann, F. und Heimann, W.: Derm. Wochenschr. **77** — 1377 ——1923.

Bell, A. S. G. and Harmer, I. M.: Lancet, **96** — 43 — 1918.

Benech, J. et Dombray, P.: Ann. d. mal. vénér. **23** — 890 — 1928.

Bergendal: Forhandlinger ved nordisk kirurgisk Forenings 15. Møte i Kjøbenhavn, 25.—27. Juni 1925, Oslo 1925, S. 78.

Besançon, F., Well, M.-P. et Rubinstein, M.: Cpt. rend. d. séanc. l. soc. d. biol. **93** — 235 — 1925.

Bjørling: Act. derm.-vener. **6** — 389 — 1925.

Bruck, C.: Dtsch. med. Wochenschr. **32** — 1368 — 1906.

Bruck, C., Behrmann, K. und **Rosenberg, W.:** Klin. Wochenschr. **5** — 1176 — 1926.

Bruhns, C.: Berl. klin. Wochenschr. **51** — 69 — 1914.

Brühl, R.: Zbl. f. Gynäk. **52** — 539 — 1928.

Brünauer, S. R., Müller, R. und **Oppenheim, M.:** Arch. f. Derm. u. Syph., **151** — 463 — 1926.

Buquicchio, A.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 553 — 1927.

Burmeister, E. A. und **Cahn, P.:** Münch. med. Wochenschr. **73** — 1481 — 1926.

Capelli, J.: Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pel. **61** — 124 — 1920 og Ref. i Derm. Wochenschr. **73** — 1065 — 1921.

Casper, L.: Monatschr. über d. Gesamtleist. aus. d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexual-App. **5** — 383 — 1900.

Cervera, E. und **Reinoso, S. G.:** Rev. méd. d. Sevilla, **43** — 29 — 1925 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **18** — 725 — 1926.

Cherry, T. H. and **Palma, S. d.:** Journ. amer. med. Ass. **76** — 1572 — 1921.

Cohn, A.: Ther. d. Gegenwart **65** — 496 — 1924.

Cohn, A.: Med. Klin. **21** — 1159 — 1925.

Cohn, A.: Dtsch. med. Wochenschr. **52** — 1717 — 1926.

Cohn, A.: Derm. Zeitschr. **55** — 115 — 1929.

Cohn, A. und **Gräfenberg, E.:** Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-krankh. **104** — 128 — 1925.

Colombo, G. L.: Zeitschr. f. Imn.-forsch., I Teil (Originale) **9** — 287 — 1911.

Cook, M. V. and **Strafford, D. D.:** Journ. of inf. dis. **29** — 561 — 1921.

Corbus, B. C.: Journ. amer. med. ass. **62** — 1462 — 1914.

Crosti, A.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 401 & 602 — 1927 og Zbl. f. H. u. G. **25** — 149 — 1928.

Deicher, H. und **Lechner, A.:** Med. Klin. **22** — 731 — 1926.

Dembska, V.: Derm. Wochenschr. **51** — 506 — 1910.

Dixon, H. B. F. and **Priestley, A. H.:** Lancet **197** — 964 — 1919.

Dombray, P.: Cpt. rend. d. séanc. d. l. soc. d. biol. **95** — 12 — 1926.

Dombray, P.: Progr. méd. **54** — 1445 — 1926.

Dombray, P.: Diagnostic biologique de la gonococcie, Paris 1927.

Dorn, J., Bruns' Beitr. z. klin. Chir. **120** — 25 — 1920.

Dörffel: Zbl. f. H. u. G. **27** — 241 — 1928.

Engelen: Dtsch. med. Wochenschr. **48** — 1347 — 1922.

Fey, J. H.: Vergleichende Untersuchungen über Antikörperbildung bei Gonorrhoe, Dissertation Jena 1921.

Findley, P.: Amer. journ. obstetr. **80** — 421 — 1919.

Finkelstein, J. A.: Vener. i Derm. (Moscou) **1924** — 76 — 1924 cit. efter Ann. d. mal. vénér. **20** — 63 — 1925.

Finkelstein, J. und **Gerschun, T.:** Berl. klin. Wochenschr. **50** — 1817 — 1913.

Fischer, M.: Dtsch. med. Wochenschr. **52** — 262 — 1926 og Klin. Wochenschr. **5** — 578 — 1926.

Flesch-Thebesius, M.: Bruns' Beitr. z. klin. Chir. **123** — 633 — 1921.

Foix, C. et Salin: Bull. méd. **24** — 469 — 1910.

Freudenthal, W., Fischer, M. und **Stern, M.:** Klin. Wochenschr. **8** — 303 — 1929.

Funk, C. F.: Derm. Zeitschr. **55** — 125 — 1929.

Fürst, T.: Münch. med. Wochenschr. **67** — 1520 — 1920.

Gans: Arch. f. Derm. u. Syph. **151** — 467 — 1926.

Gardner, J. A. and **Clowes, G. H. A.:** Journ. amer. med. ass. **58** — 1307 — 1912.

Gauran, M.: La réaction de fixation du complement dans les affections à gonocoques, Thèse, Paris 1923.

Gelman, G.: Bull. d. l. soc. franç. d. derm. et d. syph. **35** — 456 — 1928.

Gheorghiu, I.: Cpt. rend. d. séanc. d. l. soc. d. biol. **95** — 1577 — 1926.

Gieszczykiewicz, M. und **Terajewicz, W.:** Polsk. gaz. lekar. **6** — 297 — 1927 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **24** — 702 — 1927.

Gnocchi, L.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **66** — 487 — 1925 og Ref. i Zbl. f. H. u. G. **18** — 286 — 1926.

Gräfenberg: Arch. f. Gynäk. **125** — 442 — 1925.

Harrison, L. W.: Journ. roy. army med. corps **22** — 125 — 1914.

Hartmann, I. P.: Forhandlinger ved nordisk kirurgisk Fornings 15. Møte i Kjøbenhavn, 25.—27. Juni 1926, Oslo 1925, tillegget.

Hastings, T. W.: Journ. amer. med. ass. **60** — 1208 — 1913.

Haxthausen, H.: Ugeskrift f. Læger **87** — 815 — 1925.
Haxthausen, H.: Ugeskrift f. Læger **90** — 429 — 1928.
Hecht: Zbl. f. H. u. G. **22** — 844 — 1927.
Hecht, H.: Derm. Wochenschr. **84** — 676 — 1927.
Hecht, H.: Ann. de l'inst. Pasteur **42** — 320 — 1928.
Heiner, L. v.: Derm. Wochenschr. **83** — 1942 — 1926.
Herrold, R. D.: Journ. amer. med. ass. **82** — 964 — 1924.
Heuck und Lochbrunner: Arch. f. Derm. u. Syph. **145** — 164 — 1924.
Hitchens, A. P.: Journ. of inf. dis. **29** — 390 — 1921.
Hotta, J. und **Schwarz, J.:** Zbl. f. Gynäk. **52** — 1829 — 1928.
Hunter, A. W.: Offentliggjort i **Thomson, D.:** Gonorrhoea, London 1923, S. 298.
Iaskolko, S.: Journ. d'urologie **22** — 177 — 1926.
Irons, E. E.: Lancet **91** — 545 — 1913.
Irons, E. E. and **Nicoll, H. K.:** Journ. of inf. dis. **16** — 303 — 1915.
Jadassohn, J.: Allgemeine Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe i **Finger, E., Jadassohn, J., Ehrmann, S., Gross, S.:** Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien und Leipzig 1910—1916, Band I, S. 343.
Jaja, G.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 579 — 1927.
Janet, J.: Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme, Paris 1929, S. 9—10, 81—82 og 241.
Jausion et Diot: Bull. d. l. soc. franç. d. derm. et d. syph. **33** — 509 — 1926.
Jausion, H., Meersseman, F. et **Pecker, A.:** Paris méd. **17** — 531 — 1927.
Jausion, H., Meersseman, F. et Pecker, A.: Cpt. rend. d. séanc. d. l. soc. d. biol. **96** — 1128 — 1927.
Jersild, O.: Ugeskr. f. Læger **75** — 961 — 1913.
Johnston, A.: Lancet **210** — 1095 — 1926.
Jones, R. L. and **Simons, I.:** Journ. amer. med. ass. **62** — 1583 — 1914.
Kadisch, E.: Derm. Wochenschr. **85** — 1029 — 1927.
Kappis, M.: Dtsch. med. Wochenschr. **45** — 540 — 1919.
Kilduffe, R. A.: Amer. journ. med. scienc. **161** — 578 — 1921.
Kloeppel, F. W.: Arch. f. Derm. u. Syph. **147** — 477 — 1924.
Knack, A. V. und **Simon, H.:** Klin. Wochenschr. **7** — 1369 — 1928.
Kolmer, J. A. and **Brown, C. P.:** Journ. of inf. dis. **15** — 6 — 1913.
Kristensen, M.: Act. path. et microbiol. scand. **7** — 87 — 1930.
Kristensen, M. og **Kristjansen, A.:** Ugeskrift f. Læger **90** — 973 — 1928.
Kristjansen, A.: Dansk dermatologisk Selskab's Forhandlinger 1927—1928, S. 13.
Kristjansen, A.: Ugeskrift f. Læger **92** — 276 — 1930.
Kristjansen, A., und **Kristensen, M.:** Forhandlinger ved nordisk dermatologisk Forenings 7. Møte, Oslo 29.—31. Mai 1928, Oslo 1929, S. 165.
Krumbein und **Schatiloff, P.:** Dtsch. med. Wochenschr. **34** — 1002 — 1908.
Kunewälder, E.: Wien. klin. Wochenschr. **41** — 55 — 1928.
Kwiatkowski, S., und **Legezyński, S.:** Arch. f. Derm. u. Syph. **157** — 527 — 1929.

Lacroix, A.: La gono-réaction. Contribution à l'étude de la fixation du complement dans la blenorrhagie. Thèse, Alger, 1921.

Lailey, W. W., and **Cruikshank, H. C.:** Surgery, Gynecology a. Obstetrics **33** — 414 — 1921.

Lanteri, G.: Arch. ital. d. derm., sif. e ven. **2** — 201 — 1927 og Ref. i Zbl. f. H. u. G. **24** — 702 — 1927.

Lanteri, G.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 574 — 1927 og Ref. i Zbl. f. H. u. G. **25** — 150 — 1928.

Lederer: Wien. med. Wochenschr. **62** — 2606 — 1912.

Lees, D.: The clinical manifestations and the practical modern treatment of gonorrhoea i **Thomson, D.:** Gonorrhoea, London 1923, S. 442.

Lenartowicz, J. T.: Derm. Wochenschr. **55** — 1179 — 1912.

Lenartowitz, J. T.: Berl. klin. Wochenschr. **51** — 382 — 1914.

Leven, L.: Derm. Wochenschr. **83** — 1827 — 1926.

Lissovskaja, S.: Vener. i derm. (Moscou) **1927** — 1033 — 1927 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **26** — 748 — 1928.

Lombardo, S.: Rass. internaz. d. clin. e terap. **6** — 505 — 1925 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **19** — 550 — 1926.

Maderna, C.: Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pel. **60** — 290 —1919 og Ref. i Derm. Zeitschr. **32** — 190 — 1921.

Magner, W.: Lancet **199** — 123 — 1920.

Marcis, A.: Dtsch. tierärztl. Wochenschr. **36** — 67 — 1928.

Martin, W. B. M.: Journ. of Path. a. Bact. **15** — 76 — 1910.

Mayer, A.: Münch. med. Wochenschr. **73** — 2145 — 1926.

McDonagh, J. E. R., and **Klein, B. G.:** Lancet **90** — 1509 — 1912.

McNeil, A.: Arch. of Pediatr. **30** — 657 — 1913.

McDonagh, J. E. R., and **Klein, B. G.:** Journ. of Path. a. Bact. **17** — 559 — 1913.

Meakins, J. C.: Johns Hopkins Hosp. Bull. **17** — 255 — 1907.

Mondor, H.: Les arthrites gonococciques, Paris 1928, S. 32—33 og S. 306—311.

Mondor, H., et **Urbain, A.:** Cpt. rend. d. séanc. d. 1. soc. d. biol. **96** — 513 — 1927.

Montpellier, J., et **Lacroix, A.:** Ann. d. mal. vénér. **16** — 725 —1921.

Moro, G.: Bruns' Beitr. z. klin. Chir. **71** — 441 — 1911.

Müller, R., und **Oppenheim, M.:** Wien. klin. Wochenschr. **19** — 894 — 1906.

Neisser, E.: Monatshefte f. prakt. Derm. **18** — 274 — 1894.

Nielsen, O.: Forhandlinger ved nordisk kirurgisk Forenings 15. Møte i Kjøbenhavn, 25.—27. Juni 1925, Oslo 1925, S. 66.

Notthafft, A. v.: Arch. f. Derm. u. Syph. **70** — 277 — 1904.

Osmond, T. E.: Lancet **202** — 1143 — 1922.

Patterson, R. S.: Journ. of immun. **12** — 293 — 1926.

Pearce, L.: Journ. of exp. med. **21** — 289 — 1915.

Pellegrini, L.: Policlinico, sez. prat. **32** — 233 — 1925 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **17** — 233 — 1925.

Petersen, I.: Undersøgelser over den gonorrhoiske Prostatitis, Disp., København 1901, S. 78—79.

Podestà, G. B.: Rif. med. **44** — 51 — 1928 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **27** — 565 — 1928.

Priestley, A. H.: Lancet **196** — 787 — 1919.

Priestley, A. H.: Lancet **203** — 46 — 1922.

Procházka, K.: Ceská derm. **5** — 329 — 1924 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **15** — 266 — 1925.

Rasch, C.: Verhandlungen des III Kongresses des nordischen dermatologischen Vereins zu Kristiania den 13.—15. Juni 1916; Stockholm 1917, S. 166.

Rasch, C.: Hudens Sygdomme og deres Behandling, 3. Udgave, København 1925—1927, S. 437.

Ricord, P.: Lettres sur la syphilis adressées à M. le redacteur en chef de l'union médicale, Paris 1851, S. 73.

Riemke, V.: Hospitalstidende **72** — 29 — 1929.

Rovsing, T.: Hospitalstidende **61** — 1009 & 1041 — 1918.

Rubinstein: Bull. d. l. soc. franç. d. derm. et d. syph. **32** — 407 — 1925.

Rubinstein, M., et **Gauran, M.:** Cpt. rend. d. séanc. d. l. soc. d. biol. **89** — 893 — 1923.

Šavnik, P., und **Procházka, K.:** Časop. lékař. ceských. **61** — 756 — 1922 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **6** — 544 — 1921.

Šavnik, P., und **Procházka, K.:** Act. derm.-vener. **4** — 316 — 1923.

Schäffer, J., Med. Klinik **17** — 335 — 1921.

Schmidt, L. E.: Journ. amer. med. ass. **58** — 1307 — 1912.

Scholtz, W.: Gonorrhoea acuta et chronica anterior et posterior i **Finger, E., Jadassohn, J., Ehrmann, S., Gross, S.:** Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien und Leipzig 1910—1916, Band I, S. 568 & 569.

Scholtz, W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1913, Band I, S. 50—51.

Scholtz, W., und **Dörffel, J.:** Derm. Zeitschr. **55** — 134 — 1929.

Schumacher, C.: Arch. f. Derm. u. Syph. **142** — 339 — 1923.

Schwartz, H. J.: Amer. journ. med scienc. **144** — 369 — 1912.

Schwartz, H. J., and **McNeil:** Amer. journ. med. scienc. **141** — 693 — 1911.

Schwartz, H. J., and **McNeil, A.:** Amer. journ. med. scienc. **144** — 815 — 1912.

Servindt, S., und **Goldberg, S.:** Vener. i derm. (Moscou) **1927** — 558 — 1927 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **25** — 611 — 1928.

Sharp, W. B.: Journ. of inf. dis. **15** — 283 — 1914.

Sherman, E. M., and **Norton, S. L.:** Journ. of urology **16** — 279 — 1926.

Shupe, T. P.: Cleveland med. Journ. **15** — (Nr. 10) — 1916 cit. efter **Thomson, D.:** Gonorrhoea, London 1923, S. 281—282.

Smith, J. D., and **Wilson, M. A.:** Journ. of immun. **5** — 499 — 1920.

Smith, L. D., and **Stone, F. L.:** Journ. amer. med. ass. **69** — 1418 — 1917.

Sommer, A.: Arch. f. Derm. u. Syph. **118** — 583 — 1913.

Sonea, O., und **Vintici, V.:** Rev. stiintelor med. **15** — 766 — 1926 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **22** — 586 — 1927.

Spicca, G.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **67** — 408 — 1926.

Spicca, G.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 557 og **601** — 1927 og Ref. i Derm. Zeitschr. **52** — 346 — 1928.

Stevens, W. E., and **Heppner, M.:** Journ. amer. med. ass. **75** — 1477— 1920.

Syffert: Münch. md. Wochenschr. **73** — 2145 — 1926.

Teague, O., and **Torrey, J. T.:** Journ. of med. research **17** — 223 — 1907.

Thomas, B. A., and **Ivy, R. H.:** Arch. of int. med. **13** — 143 — 1914.

Thomas, B. A., Ivy, R. H., and **Birdsall, J. C.:** Surgery, Gynecology a. Obstetrics **19** — 390 — 1914.

Thomas, B. A., Ivy, H. H., and **Birdsall, J. C.:** Arch. of int. med. **15** — 1915.

Thomsen, O., og **Vollmond, E.:** Hospitalstidende **63** — 681 — 1920.

Thomson, D.: Lancet **96** — 42 — 1918.

Thomson, D.: Gonorrhoea, London 1923, S. 286 — 301.

Thouvernet, A.: Le séro-diagnostic des affections gonococciques, Thèse, Paris 1920.

Timoféeff, P.: Journ. d'urologie **22** — 189 — 1926.

Tode, J. C.: Vom Tripper, in Ansehung seiner Natur und Geschichte. Kopenhagen und Leipzig 1774, S. 7—8.

Tornabuoni, G.: Giorn. ital. d. derm. e sif. **68** — 593 — 1927 og Ref. i Zbl. f. H. u. G. **25** — 151 — 1928.

Torrey, J. C.: Journ. of med. research **19** — 471 — 1908.

Torrey, J. C.: Journ. of med. research **22** — 95 — 1910.

Torrey, J. C., and **Buckell, G. T.:** Journ. of immun. **7** — 306 — 1922.

Torrey, J. C., Wilson, M. A., and **Buckell, G. T.:** Journ. of inf. dis. **31** — 148 — 1922.

Tulloch, W. J.: Brit. journ. of vener. dis. **1** — 31 — 1925.

Uhle, A. A., and **Mackinney, W. H.:** New York med. journ. **102** — 737 — 1915.

Vandegriff, G. W.: Journ. amer. med. ass. **58** — 1756 — 1912.

Vannod, T.: Dtsch. med. Wochenschr. **32** — 1984 — 1906.

Vollmond, E.: Undersøgelser over Gonokoktyper og Gonokokimmunsera, Disp., København 1923, S. 28—35 og 156—159.

Waelsch, L.: Prostatis gonorrhoica, Pyelitis, Pyelonephritis, Ureteritis gonorrhoica, Spermatocystitis gonorrhoica, Cowperitis gonorrhoica i **Finger, E., Jadassohn, J., Ehrmann, S., Gross, S.:** Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien und Leipzig, 1910—1916, Band I, S. 757.

Wagner: Zbl. f. H. u. G. **22** — 844 — 1927.

Walcew, N.: Letop. na lekar. sajus. **20** — 101 — 1927 cit. efter Zbl. f. H. u. G. **24** — 550 — 1927.

Warden, C. C.: Journ. amer. med. ass. **65** — 2080 — 1915.

Watabiki, T.: Journ. of inf. dis. **7** — 159 — 1910.

Watson, D.: Lancet **90** — 1133 — 1912.
Wilson, M. A., Forbes, M. V. and **Schwartz, F.:** Journ. of immun. **8** — 105 — 1923.
Woinow: Kubansk. nantschno-med. westnik **7/8** — 328 — 1928 cit. efter Derm. Wochenschr. **87** — 1494 — 1928.
Wollstein, M.: Journ. of exp. med. **9** — 588 — 1907.
Wreszynski, E.: Med. Klinik **23** — 1653 — 1927.
Zoon, J. J.,: Act. derm.-vener. **9** — 318 — 1928.

KROHNS BOGTRYKKERI
HARALD JENSENS BOGTRYKKERI
KØBENHAVN